# Revista Psiquiátrica Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana




Volúmen 4 Número 1-4

1961

## Instrucciones a los Autores

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envíe una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 X 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el título del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de atrículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Repreśión. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho-Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

### SUSCRIPCION Y CANJE

La Revista se publica trimestralmente. La subscripción anual vale seis dólares (U.S. $ 6.00). Los pedidos de subscripción o canje deberán ser dirigidos al Administrador. La Asociación acepta el canje de la Revista Psiquiátrica Peruan con publicaciones psiquiátricas, neuro-psiquiátricas, psicológicas, psicoanalíticas, antropológicas y sociológicas.

### PROPAGANDA

Los anuncios de propaganda y su financiación están a cargo del Administrador de la Revista.




# Harmonyl (Deserpidina Abbott)

MARCA REGISTRADA

*tiene la potencia de las rauwolfias, con menos efectos secundarios y más leves.*

El Harmonyl constituye un preparado de *Rauwolfia* más útil para su práctica diaria. En dos años de ensayos clínicos, este nuevo alcaloide—deserpidina—ha revelado efectos secundarios más leves y escasos que los producidos por la reserpina. No obstante, en eficacia es equiparable a las más potentes especies de *Rauwolfia*.

El Harmonyl produce menos depresión físicomental, con muy pocos casos de letargia, en contraste de otras preparaciones de *Rauwolfia*.

El Harmonyl es eficaz como tranquilizante. En un grupo de pacientes tratados con este fármaco se obtuvo mejoría, generalmente sin efectos secundarios; en cambio, en un grupo similar tratado con reserpina, se observaron varias reacciones: anorexia, cefalalgias, pesadillas, náuseas y vómitos.[1]

En casos de hipertensión el Harmonyl también es de gran eficacia y apenas produce reacciones secundarias. En un estudio comparativo entre varios preparados de *Rauwolfia*,[2] se dice que la deserpidina "es un hipotensor eficaz en los pacientes con hipertensión leve o moderada, y también en casos más serios;" además, las reacciones fueron "menos molestas y menos frecuentes." Otros trabajos confirman que el Harmonyl raramente produce vahidos, vértigos y estado de indiferencia.

A petición se facilita literatura referente a este nuevo alcaloide de *Rauwolfia*. Disponible en tabletas de 0,25 mg., partibles por la mitad y protegidas en tiras de celofán; cajas de 25 y 100 tabletas.

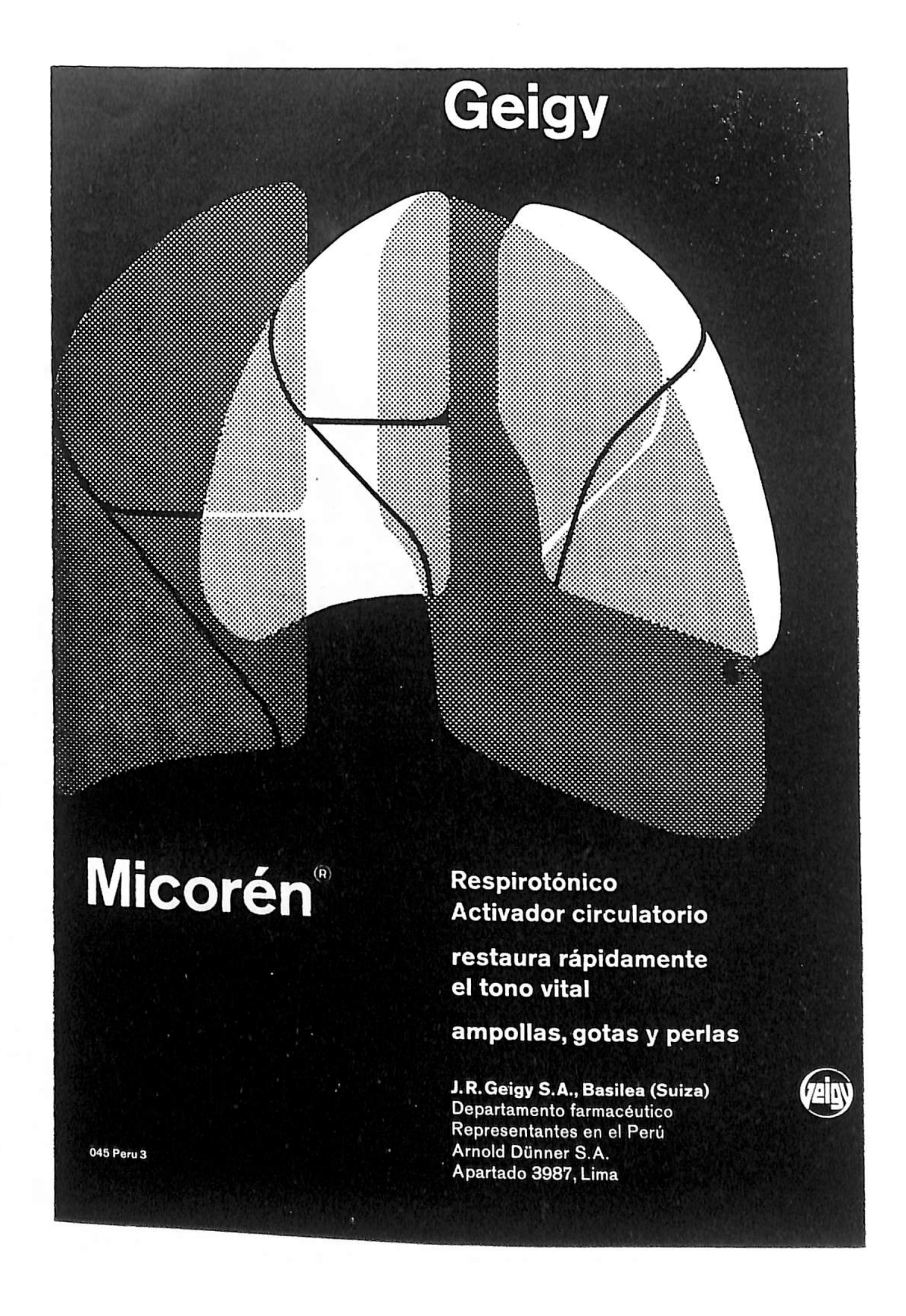
**Bibliografía:**

1. Comunicación a Abbott Laboratories, 1956.

2. Moyer, J. H. y col.; Deserpidine for the Treatment of Hypertension, Southern Medical J., 50:499, abril, 1957.

---

ABBOTT LABORATORIES DEL PERU S. A.
Av. Brasil 2726 - 40 - Apartado 2402, Teléfono 48363.
LIMA-PERU


Geigy
Micorén®
Respirotónico
Activador circulatorio
restaura rápidamente
el tono vital
ampollas, gotas y perlas
J.R.Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento farmacéutico
Representantes en el Perú
Arnold Dünner S.A.
Apartado 3987, Lima
Geigy
045 Peru 3


Ansiedad...
Tensión...
Angustia...

# REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

ORGANO DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

**Director**

RAUL JERI VASQUEZ

Jirón Camaná 631, Dpto. 206, Lima

**Redactores**

FRANCISCO ALARCO, JOSE MAX ARNILLAS, BALTAZAR CARAVEDO, CARLOS CARBAJAL, CARLOS GARCIA PACHECO, EMILIO MAJLUF, HUMBERTO ROTONDO, FEDERICO SAL Y ROSAS, CARLOS A. SEGUIN, OSCAR VALDIVIA, MANUEL ALMEIDA, JAVIER MARIATEGUI, CARLOS BAMBAREN VIGIL.

**Administrador**

CARLOS BAMBAREN VIGIL

Apartado 1905, Miraflores, Lima

VOLUMEN 4 1961

LIMA—PERU

# ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

**Fundada el 25 de Junio de 1954, reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956**

## JUNTA DIRECTIVA PARA 1960-1962

**Presidente:** Baltazar Caravedo Carranza
**Ex-Presidente:** Francisco Alarco Larrabure
**Vice-Presidente:** Arnaldo Cano Jáuregui
**Secretario General:** José Sánchez García
**Secretario de Actas:** Renato Castro de la Mata
**Tesorero:** Elsa Felipa.

## MIEMBROS HONORARIOS

Henry Ey, Julio Endara, Spurgeon English, Jules Masserman, John R. Rees, Ramón Sarró, René Spitz

## MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco, Pablo Anglas, Alejandro Arellano, José M. Arnillas, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, Carlos Carbajal, Renato Castro, Alex Castoriano, Niza Chiock de Majluf, Horacio Estabridis, Carlos García Pacheco, Roberto Gamarra, Luis A. Guerra, Raúl Jerí, Fernando Loayza, Sebastián Lorente, Emilio Majluf, Leonor Revoredo, Humberto Rotondo, Federico Sal y Rosas, José Sánchez García, Carlos A. Seguín, Oscar Valdivia, Hermilio Valdizán, Sergio Zapata.

## MIEMBROS ASOCIADOS

Manuel Almeida, José Alva, Carlos Bambarén Vigil, Ethel Bazán, Andrés Cáceres, Judith Calenzani, Carlos Crisanto, Manuel Escobar, Elsa Felipa, Carlos Gutiérrez, Enrique Ghersi, Luis Huapaya, Luis Irurita, Javier Mariátegui, Víctor H. Marticorena, Luis Navarro Vidal, Alberto Perales, Carlos Saavedra, Fernando Samanez, María Antonieta Silva de Castro, Santiago Valdizán.

## COMUNICACIONES

La correspondencia relacionada con la Asociación debe dirigirse al Presidente, Apartado Postal 522, Lima, Perú.

Los artículos originales, comunicaciones, noticias, crítica de libros y notas clínicas se dirigirán al Director de la Revista, Jirón Camaná 631, Dpto. 206, Lima, Perú.

Las solicitudes de subscripción, canje, adiquisición de números anteriores y avisos de propaganda corren a cargo del Administrador, Apartado 1905, Miraflores, Lima.

# SALUD MENTAL.— DEFINICION Y ALCANCE DEL TERMINO, METODOS DE ACCION ORGANIZADA PARA SU CONSERVACION Y PROMOCION

**por MIGUEL PRADOS**

En el informe de la segunda comisión de expertos en higiene mental de la OMS "salud mental" fué definida como la capacidad de establecer relaciones armónicas con otras personas. Vamos a analizar esta definición con ciertos detenimientos para comprender su verdadero alcance.

En esta definición se incluyen dos factores fundamentales y diferentes. En primer lugar se habla de "capacidad", concepto que se refiere al individuo; en segundo lugar de "relaciones", que se refiere al grupo o medio en que el individuo se desenvuelve y vive, es decir un factor ambiental.

En su sentido más amplio esta definición no difiere del concepto de salud física si definimos a ésta como el estado de armonía fisiológica del organismo, resultado de la capacidad de éste para establecer un intercambio adecuado con el medio en que se desarrolla. En el fondo, pues, vemos que esta definición está basada sobre un principio francamente biológico. Ahora bien, un estado de armonía entre organismo y ambiente sólo es imaginable cuando éste proporciona al organismo todos los elementos que éste necesita y viceversa. Así por ejemplo, en condiciones perfectas anatomo-fisiológicas un organismo no puede llevar a cabo el intercambio gaseoso de oxigenación si el aire que respira no contiene la concentración de oxígeno necesaria. Inversamente un sujeto afecto de asma no puede utilizar eficazmente el oxígeno que existe en el ambiente que le rodea.

¿En qué consiste y cómo podríamos explicarnos este intercambio en el dominio de la vida humana entre el individuo y el ambiente social en que vive?

El hombre se ha visto forzado a vivir en sociedad, es decir, en grupos articulados e integrados porque por sí solo hubiera perecido. Unido el hombre puede conseguir satisfacciones individuales que solo jamás hubiera podido obtener. Asociado en grupos organizados ha logrado un dominio sobre el ambiente y en el curso de la civilización ha conseguido modificar en su beneficio circunstancias o factores ambientales originariamente adversos. Pero para lograr estos resultados el hombre ha tenido necesidad de imponerse una serie de restricciones y prohibiciones de sus primitivas tendencias instintivas. Estas tendencias no han sido, sin embargo, eliminadas de la vida humana, sino reprimidas y aunque en estado latente existen aún en toda su intensidad en cada uno de nosotros, expresadas en fantasías más o menos inconscientes de omnipotencia y de poderío y tratan de

satisfacerse en cada momento de nuestra vida de una manera más o menos sutil o violenta.

Para que el individuo pueda vivir en *armonía en sociedad* a pesar de todas las renunciaciones de carácter narcisista individual que ello implica, es decir, para que pueda establecer relaciones armoniosas con otras personas es necesario, por tanto, que experimente un mínimum de satisfacción que le compense por el sacrificio, aunque parcial, de su narcisismo. Este elemento subjetivo de satisfacción o de bienestar parece omitido a primera vista de la definición del comité. Pero esta aparente omisión desaparece si consideramos que está incluída en el calificativo de armoniosa que se adscriben a las relaciones personales que la persona mentalmente sana es capaz de establecer en su ambiente. Una relación armoniosa es sólo posible cuando produce un cierto sentimiento de bienestar, de satisfacción entre las dos partes que intervienen en la relación.

Conviene, sin embargo, que aclaremos nuestras ideas sobre el término "satisfacción". No queremos decir con ello exclusivamente placer en su sentido estricto, como parece indicar la palabra, aunque éste no puede ni debe estar excluído. Por satisfacción queremos expresar un estado emocional que la persona percibe en si misma como resultado de haber encontrado una solución armoniosa y equilibrada a sus propios impulsos instintivos sentidos originariamente como potencialmente en conflicto. A este estado no puede llegarse, sin embargo, si el individuo no ha aceptado en su plenitud el llamado principio de la realidad que le impone limitaciones inevitables.

Solamente cuando la persona ha aceptado este principio puede decirse que goza de verdadera salud mental. Ello le forzará en algunas ocasiones, quizás muchas, a renunciar a gratificaciones inmediatas a veces sentidas con gran intensidad, pero por otra parte se sentirá en posesión de una seguridad y equilibrio emocional que le hará posible gobernar su vida y su conducta por el pensamiento lógico, y racional, es decir, en lenguaje llano, cuando pueda usar el sentido común. Aceptar la realidad, empero, no quiere decir, en primer lugar, aceptar las limitaciones de la naturaleza humana, en general, y las específicas del individuo en particular, así como las del ambiente físico y social en que vive. Esto es difícil para aquellas personas que encuentran inaceptable o penoso el renunciamiento de las fantasías de omnipotencia y poderío que son características del pensamiento mágico de la mentalidad infantil o primitiva y que en último análisis son sólo una expresión imperiosa de un sentimiento insoportable y angustioso de impotencia, debilidad y dependencia de las propias tendencias instintivas.

Aceptar la realidad implica también la capacidad de poder aplazar, de poder esperar, de poder tolerar tensiones y la capacidad para utilizar este tiempo, este plazo en encontrar con ayuda de nuestro entendimiento y juicio, es decir, el sentido común, cuál es la mejor y más adecuada manera de gratificar nuestros deseos y las tendencias instintivas sin que conflicten ni con nuestros propios valores espirituales, éticos, estéticos, religiosos, etc., ni con los valores, costumbres, tradiciones, convenciones, etc., del ambiente social en que vivimos.

Se ve con demasiada frecuencia, desgraciadamente, individuos dotados de una brillante inteligencia, diríamos con un cociente intelectual muy por encima de lo normal, que precisamente por no aceptar la realidad de su propia naturaleza humana y de la del mundo en que viven, arrastran un vida llena de sufrimientos, de angustias y de fracasos. Este estado de insatisfacción les impide establecer relaciones armoniosas con sus semejantes y se ven consiguientemente forzados a vivir en un aislamiento emocional destructor y parasitario.

Queremos subrayar este punto porque la salud mental no exige necesariamente una capacidad intelectual elevada, aunque naturalmente no la excluye, si bien es sabido de todo el mundo, que el genio vive aislado y es raramente feliz en sus relaciones interpersonales. Es importante insistir en ello pues, todavía se ve con demasiada frecuencia, sobre todo en ciertos círculos culturales, el énfasis exagerado que se otorga a la inteligencia y el desdén o compasión, por ejemplo, que muchos educadores sienten hacia discípulos con un cociente intelectual promedio o bajo. Hay que insistir en que la inteligencia es sólo un instrumento al servicio de la personalidad que es la que a fin de cuentas ha de poder utilizarla adecuadamente, lo que únicamente es posible si éste dispone de un cierto equilibrio emocional sin el cual ningún uso correcto puede hacerse del juicio y la razón. No creemos incurrir en ninguna exageración al afirmar que más importante que poseer una gran inteligencia es el saber administrarla.

Salud mental no es tampoco, necesariamente, sinónimo de felicidad, ni los trabajadores de la higiene mental pretendemos hacer feliz a la humanidad, si bien es evidente que el individuo mentalmente sano se siente más feliz qué él qué no lo es. El individuo emocionalmente equilibrado, puede soportar la infelicidad y la desgracia propia y ajena sin resignaciones sentimentales ni desesperaciones violentas que solamente indican una insuficiencia o colapso de las funciones protectoras de su yo.

Salud mental implica específicamente en el terreno de las relaciones interpersonales, la capacidad de satisfacción heterosexual-genital, así como la de poder tolerar frustraciones y privaciones libidinosas sin tener que recurrir a defnesas de tipo regresivo y sin angustia.

Implica también, la posesión de un alto umbral de invulnerabilidad y tolerancia para la agresividad de otros individuos, sin que ello envuelva en absoluto sumisión, sino, antes el contrario, capacidad para afirmarse, cuando ello sea necesario. Esta capacidad de afirmación, exige necesariamente una cierta tolerancia para los propios impulsos agresivos y, naturalmente, sin que ponga en peligro la pérdida del objeto amoroso en su sentido más amplio, es decir, sin que interfiera negativamente con una perturbación seria en las relaciones interpersonales.

Por último, el individuo mentalmente sano debe poseer capacidad para trabajar y para soportar la falta de trabajo.

El individuo mentalmente sano trabaja y goza en el trabajo. Encuentra satisfacción en la actividad creadora así como en el dominio y control de su musculatura o de su pensamiento o de ambos. Cuando el trabajo no es una fuente

de satisfacción, sino que es sentido por la persona como una obligación o como una carga que hay que aceptar con más o menos resignación o protesta o que hay que eludir por todos los medios o racionalizaciones posibles, ello es indicio de un evidente desequilibrio emocional.

En nuestra cultura occidental contemporánea el trabajo es ejercido y sentido más como una compulsión obsesiva que como una actvidad o función espontánea que produce y se realiza con satisfacción. El trabajo se utiliza como un fin en sí, más que como un medio de gratificación. Es una palabra utilizada por muchos como remedio contra la propia angustia. Esto se comprueba constantemente a nuestro alrededor, cuando observamos la incapacidad de muchas personas para poder gozar tranquilamente del descanso o del ocio, del fin de semana o de las vacaciones sin tener que someterse, si quieren verse libres de angustia o incluso de síntomas físicos, a una actividad exagerada que les hace retornar a su trabajo habitual aún más fatigados que cuando comenzaron su descanso. Otros se ven forzados a sumergirse en excesos de gratificaciones más o menos modificadas y aceptables para la conciencia de tendencias instintivas infantiles. Capacidad para poder disfrutar del descanso, del ocio es, indudablemente, una característica esencial de toda persona emocionalmente equilibrada y sana.

Merced al trabajo, el hombre consigue la gran satisfacción de influir y modificar su ambiente adaptándolo en mayor o menor grado a sus necesidades primero, y a sus deseos después. Precisamente esta necesidad de adaptar y modificar su ambiente físico para la gratificación de sus más legítimas tendencias instintivas, como las de la propia conservación, fué lo que forzó al hombre a asociarse en grandes grupos más extensos que los limitados a su propia familia, pero fué esto también lo que le obligó, como decíamos anteriormente, al renunciamiento por represión de ciertas tendencias de poderío y omnipotencia y a la restricción y regulación de otros como las de su agresividad y sexualidad. Precisamente es en el trabajo creador donde el hombre puede encontrar una cierta satisfacción constructiva necesaria para la naturaleza humana agobiada por sus megalománicas fantasías infantiles.

Cuando el individuo (como sucede frecuentemente en nuestra cultura occidental) no encuentra en el trabajo o no puede percibir ningún resultado inmediato creador (como por ejemplo, en la monótona rutina de las modernas técnicas de producción en masa) el individuo, decimos se siente privado de una de sus más indispensables satisfacciones y, consecuentemente, de uno de los estímulos más eficaces para su actividad, un estímulo que no por ser generalmente inconsciente deja de ser menos poderoso. Esto produce un sentimiento de frustración, con el consiguiente retorno de las tendencias agresivas que dificultan, impiden, o ponen en peligro, la capacidad de establecer relaciones personales armoniosas.

Del grado de capacidad de sublimación del individuo que representa el mecanismo de defensa más eficaz de la psique humana contra sus primitivas tendencias depende, en gran parte, el que le sea posible obtener un nivel aceptable de salud mental. El trabajo, en lo que implica actividad muscular, constituye una manera constructiva de sublimación de las tendencias agresivas y en lo que

tiene de creador, una gratificación de las fantasías omnipotentes, pero ni una cosa ni otra pueden lograrse de una manera satisfactoria, desde el punto de vista de salud mental, si el sujeto no ha logrado una cierta capacidad de satisfacción heterosexual genital y una cierta tolerancia para sus frustraciones.

Esta capacidad de relación de objeto amoroso se inicia ya en los primeros meses de la vida entre el infante y su madre.

El nacimiento representa una separación dramática y brutal de la más perfecta armonía funcional concebible entre un organismo —el embrión — y su madre— el ambiente. Durante los meses de gestación, madre e hijo viven en completa y perfecta unidad funcional. Esto deja en el organismo del feto una huella biológica-constitucional que ha de expresarse más tarde psicológicamente por el anhelo común a todo ser humano, hacia el establecimiento de relaciones armoniosas con su ambiente físico y social y que no es sino la expresión emocional de un deseo de retorno a la original armonía fisiológica rota en el momento de nacer.

El niño tiene que aprender y adaptarse penosamente a hacer frente a la realidad de vivir independientemente de su madre y este proceso largo y doloroso que implica renunciamiento y frustraciones sólo, puede llevarse a cabo satisfactoriamente de una manera lenta y siempre que el niño se sienta ayudado en su desarrollo, alentado y protegido por el cálido amor vigilante de la madre primero, y de madre y padre después. Esto deposita en el alma del niño un sentimiento de seguridad, base fundamental de la salud psíquica. Es en esta relación firme y armoniosa entre el niño y sus padres en donde él ha de adquirir esa capacidad de relación de objeto que le hará sentirse querido y que le hará desarrollar su capacidad de amar y aceptar frustaciones en ella sin demasiada angustia. Si las relaciones primeras del niño y sus padres no se han desarrollado sobre una base de mutua satisfacción y armonía el niño se desarrollará emocionalmente defectuoso y encontrará después, en la adolescencia primero y en la edad adulta después, dificultades a veces insuperables para relacionarse con sus semejantes, lo que le hará sentirse rechazado por su ambiente. Pero si crece, en cambio en condiciones de amor y protección, crecerá con un sentimiento de seguridad y de pertenencia que le hará no sólo deseable sino altamente gratificador el intercambio emocional con sus semejantes a quienes considerará y respetará como personas y no sólo como objetos proveedores de sus necesidades narcisistas.

De todo lo dicho es evidente, por tanto, que desde un punto de vista etiológico, el principio básico de toda actividad organizada para promover la salud mental deberá basarse en estimular, por todos los medios, las posibilidades de ofrecer al niño, ya desde el período de gestación el ambiente más favorable para un desarrollo físico y mental equilibrado.

El concepto de salud mental tal como ha sido definido por los expertos de la OMS (que como sabeis no es sino una síntesis diríamos conservadora y prudente de la opinión de la mayoría de los psiquiatras y psicológos contemporáneos) hace intervenir en ella, como decíamos, dos factores: individuos y ambiente. Esta concepción desplaza automáticamente toda acción organizada encaminada a promover

y conservar la salud mental del estrecho ambiente de la higiene mental individual o privada, es decir, de la clínica o del hospital.

El reconocer la importancia etiológica del ambiente social sobre la salud mental del individuo y la necesidad, por consiguiente, de influir o modificar ciertas características físicas o sociales que se consideren perjudiciales o francamente patógenas es una concepción nueva que ha dado lugar a una nueva rama de la ciencia psiquiátrica, la llamada psiquiatría social, o si se quiere la ciencia de las relaciones humanas. De ello ha surgido una nueva división de la higiene mental: la higiene de las relaciones humanas.

Evidentemente los métodos que han de seguirse para la promoción y la conservación de la salud mental tienen que tener por base esta dualidad: una acción social organizada dirigida a la comunidad y una acción privada dirigida específicamente al individuo.

Los métodos de acción que empleamos para la promoción y conservación de la salud mental deben dividirse en dos grandes grupos: a) los métodos a corto plazo, que deberán atacar aquellos problemas que encontramos ya planteados y tienen una realidad que exige el más rápido remedio, y b) los métodos a largo plazo que basados en los conocimientos etiológicos que de las alteraciones psíquicas ha obtenido la investigación psiquiátrica, tratarán de organizar una labor de verdadera higiene mental en el sentido clásico, es decir una acción profiláctica y preventiva.

No hay duda alguna que ambos métodos descansan en conocimientos etiológicos, pero es evidente que la acción de los métodos a corto plazo debe estar más dirigida en un sentido curativo o terapéutico, mientras que los de largo alcance pertenecen más al dominio de la Medicina Preventiva.

Esto implica que mientras para los primeros métodos la acción directa del psiquiatra clínico es probablemente de la mayor importancia, la acción de éste queda relegada en un poco más en segundo lugar desde el punto de vista de actuación social en favor que no tiene que ser necesariamente un psiquiatra clínico.

Sin embargo, en los métodos a largo plazo, el psiquiatra tiene el papel importante, mejor dicho esencial, de la investigación de los factores etiológicos sin los cuales ni el clínico ni el higienista podrían avanzar un solo paso.

No hay duda alguna que si no existe un mayor entusiasmo por la higiene mental entre los trabajadores de la salud pública en general y los organismos gubernamentales de que ellos dependen, es debido en parte al que pudiéramos llamar prejuicio científico de creer que un conocimiento etiológico completo es absolutamente necesario para toda actividad de tipo preventivo. Contra este prejuicio tenemos que luchar puesto que aunque teórica y científicamente es estrictamente correcto, sin embargo, la práctica nos ha demostrado que no sólo en el dominio de la higiene pública general sino también en el de la higiene mental e incluso en el de la terapéutica clínica mucho positivo se puede lograr y se ha logrado ya, sin esperar a un conocimiento detallado de la etiología.

Otro punto sobre el que hay que insistir todavía con tenacidad, como el Dr. Hargreaves lo indicó en su discurso ante el Congreso de Toronto, es que

nuestra importante misión como psiquiatras interesados por la higiene y salud mental consiste en llevar la convicción a las autoridades y organismos responsables por la salubridad pública que, en contra de un prejuicio demasiado generalizado, los conocimientos etiológicos ya obtenidos en medicina mental son lo suficientemente importantes como para poder afirmar, sin ningún género de duda, que en realidad existen ya de hecho principios básicos firmes sobre los que se puede establecer una acción organizada y eficaz para promover y conservar la salud mental.

Quizás la acción de resultados más inmediatos que podemos esperar depende de la convicción que logramos llevar a todos aquellos trabajadores de la salud pública, de los cuales los higienistas mentales están en la actualidad excesivamente alejados. Quizás la responsabilidad de este alejamiento esté en ambos campos. El hecho es que se ha llegado a establecer una especie de dicotomía que en realidad es opuesta a nuestras concepciones modernas sobre la persona que no puede admitir ya la dualista que prevaleció hace poco —y aún persiste en la práctica— entre soma y psique.

Es indudablemente nuestra primera obligación como trabajadores de la salud mental, el llevar convicción, a fin de unificar los esfuerzos, a los trabajadores de la salud pública en general de los cuales nosotros tenemos mucho que aprender y cuyos servicios y organizaciones deberán ser la base (con ampliaciones y transformaciones, no hay duda) de gran parte de la acción organizada en beneficio de la salud mental), tanto en los métodos a corto como a largo plazo.

El trabajador de la salud mental debe ser considerado y equiparado exactamente al trabajador de la salud pública general, algunos de cuyos métodos son idénticos. Pero es preciso también que este último se inicie en toda su intensidad en los problemas de la salud mental y enfrente la realidad de que casi la mitad de las camas de los hospitales del mundo occidental están ocupadas por enfermos psiquiátricos. Y para daros solamente un ejemplo concreto que conozco, Canadá con de unos 15,000,000 tiene actualmente en sus hospitales psiquiátricos 60,000 enfermos con un costo anual de cerca de 60,000.000 de dólares. Esto sin contar los 13.000 débiles mentales acogidos en instituciones adecuadas y aproximadamente un número nueve veces mayor que son atendidos por instituciones privadas.

Aceptada la magnitud del problema desde el punto de vista de la higiene social, si logramos convencer a los trabajadores de salud pública de la realidad científica de los conceptos etiológicos ya obtenidos por la psiquiatría científica, no hay ninguna razón que puede impedir la organización de una actvidad común.

Entre los métodos a corto plazo, está incluída evidentemente la acción educadora encaminada a eliminar de la opinión, tanto pública como profesional, una serie de prejuicios que aún persisten sobre las enfermedades mentales y que actúan como grandes obstáculos en la eficacia de la labor, no sólo preventiva del higienista, sino también de la curativa del psiquiatra práctico.

La acción educadora debe encaminarse a ilustrar al público en general, no sólo al público "laico", sino también a los profesionales de todo tipo, y a las llamadas clases directoras, sobre los nuevos conceptos de la salud mental y sobre

los progresos realizados durante los últimos cincuenta años en el dominio de la psiquiatría clínica y en el tratamiento de profilaxis de los enfermos mentales. Esta acción tiene por fin eliminar del ambiente el estigma de oprobio que desgraciadamente arrastran todavía en muchos países el enfermo mental y sus familiares, y el ofrecerles a su vez una esperanza terapéutica seria.

Tenemos que convencerles de que no puede adimitirse en la actualidad como un rígido axioma científico la incurabilidad de las enfermedades psíquicas, una idea que tanto ha contribuído al nihilismo terapéutico y hasta el retraso y lentitud con que se ha llevado a cabo, y aún se lleva la investigación científica sobre la etiología de las enfermedades de la mente. No puede hablarse ciertamente de la incurabilidad en enfermedades mentales hoy cuando cerca de un 50% de los enfermos admitidos en un hospital mental bien organizado son dados de alta durante el primer año de ingreso.

Otro de los grandes prejuicios que hay que desterrar del ambiente social en el dominio de la higiene mental colectiva es el de la herencia de las enfermedades mentales expresadas popularmente por la idea de que los hijos han de sufrir por el pecado de los padres.

Sabemos en la actualidad con certeza que la herencia dessempeña un papel francamente secundario en la etiología de las enfermedades de la mente o por lo menos mucho menos importante de lo que generalmente se admite. Frecuentemente, el hecho de que varios individuos de la misma familia, y hasta de varias generaciones, presenten anomalías psíquicas, no implica necesariamente, que esta anomalía sea transmisible. La psiquiatría contemporánea ha descubierto en este sentido, un nuevo concepto, de hecho más importante que el único reconocido hasta ahora, de la herencia, para explicar la presentación familiar de las enfermedades mentales. Este nuevo concepto es francamente ambiental, y es llamado por los expertos exposición (exposure). Está basado en el concepto psicodinámico de identificación que es algo así como una tendencia defensiva y adaptiva, mimética, que el niño tiene que le hace imitar primero y adoptar después, como rasgos de su carácter, las tendencias y características personales a que ha estado "expuesto" desde el momento de nacer, es decir, el ambiente familiar de sus padres, hermanos, etc. Este nuevo concepto ha aclarado y abierto un nuevo camino de esperanza terapéutica constructiva frente al antiguo de considerar la herencia como factor etiológico exclusivo y que habría de conducir lógicamente al nihilismo del médico y a la desesperación de la familia. Otro concepto nuevo introducido en la psiquiatría contemporánea que tenemos que hacer llegar al público general es el llamado "curación social". Está basado en el concepto moderno de salud que considera el factor "normalidad" como sólo un ideal que no existe jamás ni en el dominio de la salud física, ni mucho menos mental. Implica que muchos individuos con ciertas anomalías o cicatrices de su personalidad pueden funcionar activa y positivamente en la sociedad y deben sentirse aceptados por ésta como parte integrante. Muchos enfermos graves quedan con ciertos defectos de la personalidad y son dados de alta como curados socialmente.

Conviene no hacerse ilusiones y reconocer que todos estos prejuicios respecto a las enfermedades mentales existen aún activos incluso entre círculos médicos que miran con escepticismo o desdén las actividades del psiquiatra y naturalmente también las del trabajador de la salud mental. El perjuicio que esta actitud produce, a numerosos enfermos y a la sociedad en general, es insospechado puesto que conduce a descuidar el diagnóstico precoz, base en psiquiatría, como en cualquier otra rama de la medicina, de la máxima eficacia terapéutica.

Esta acción educadora no puede ni debe recaer exclusivamente sobre el psiquiatra. En primer lugar porque sus actividades tienen que concentrarse de un lado en resolver sus problemas inmediatos de tratamiento y cuidado y de otro a la investigación científica y al consiguiente establecimiento de los principios básicos de la terapéutica e higiene. Pero además, los esfuerzos educadores del psiquiatra se encuentran muchas veces obstaculizados por considerar a éste como parte interesada y por lo tanto no le otorga el público toda la atención y libertad de criterio que merece de hecho. En este sentido la actuación del psiquiatra es limitada y dirigida más particularmente a las pequeñas minorías dirigentes de la sociedad que son las primeras que tienen que sentir el hecho de su responsabilidad con respecto al bienestar social. Los profesionales de todo tipo, educadores en primer lugar, juristas y legisladores, científicos y sociólogos, los hombres de negocios, pero sobre todo los trabajadores de la salud pública, son los primeros que tienen que ser informados sobre los nuevos principios y métodos para promover y conservar la salud mental puesto que de su actuación depende que puedan llevarse a la práctica de una manera eficaz y constructiva, la primera de las cuales es la creación de un cuerpo articulado, apto, competente y responsable de trabajadores de la salud mental estrechamente ligado al de los trabajadores de la salud física.

Desde el punto de vista de la acción educadora una de las actividades de los trabajadores de la salud mental es la de llevar a la gran masa popular el conocimiento de los nuevos conceptos de salud mental, conceptos fluídos y no estáticos y que incluyen el básico de que todos los individuos sufrimos más o menos intensamente de problemas, dificultades y conflictos emocionales dentro de nosotros mismos y en relación con el ambiente y que por consiguiente la misión importante no es tanto la de descubrir el problema como la de ayudar al sujeto a enfrentar y enfocar sus dificultades de la manera más lógica y eficaz posible.

Esta acción educadora, no lo ignoramos, tiene que encontrar —encuentra de hecho— en todos los países y grupos sociales, grandes resistencias. Estas son de orden individual, tanto como científico, colectivo y cultural. Por eso el trabajador social debe estar informado de estas resistencias, de su origen y dinámica, y deberá contar con ellas de manera análoga a como el terapeuta en su trabajo con el enfermo individual reconoce que la mayor parte de su esfuerzo tiene que ir encaminado precisamente a vencer la resistencia de éste.

El trabajador de salud mental no puede olvidar estas resistencias que en materia de higiene mental tiene raíces más profundas y humanas que las encontradas por los trabajadores de la salubridad en el dominio de las enferme-

dades orgánicas e infecciosas, basadas principalmente en la rutina y en la ignorancia de conocimientos objetivos.

Esto obliga a que el trabajador de la salud mental tenga que estar lo suficientemente familiarizado con el conocimiento de las motivaciones inconscientes de la conducta humana (individual y colectiva, de la cual él mismo no es una excepción) para que no se disilusione ante los tropiezos y dificultades para encontrar de un lado y de otro porque tal conocimiento de la motivación inconsciente de la conducta, le proporcionará una mejor comprensión de los problemas que tiene que enfrentar y le facilitará los medios de proceder con comprensión, entendimiento y eficacia.

Es natural que esta acción educadora y de vulgarización no puede iniciarse, es decir, no podemos lanzarnos a presentar a la gente la situación actual relativamente optimista en la lucha por las enfermedades mentales en aquellas comunidades en las que no podemos ofrecerles al mismo tiempo la seguridad de que todos aquellos que han de necesitar de ayuda, han de encontrarla satisfecha y cumplida a través de una serie de instituciones y servicios especializados que lo garanticen.

Por lo tanto, otra de las acciones que habrá que desarrollar estará encaminada a crear el ambiente propicio entre las clases responsables, a fin de promover la creación, sobre los principios modernos, de aquellos servicios e instituciones públicas de salud mental que la psiquiatría moderna considerar necesarios. Es también indispensable reorganizar y modernizar sobre los nuevos principios muchas de las instituciones y servicios ya existentes.

Permítasenos ofrecer un ejemplo concreto. Es preciso, por ejemplo, que nos cuidemos de que exista el número de hospitales psiquiátricos y con la capacidad suficiente para que todo enfermo que lo necesite sea inmediatamente admitido. Es necesario, también, reorganizar las instituciones tradicionales para modernizarlas y transformarlas de "asilos" como lo son aún en muchos sitios, en verdaderos centros de tratamiento y rehabilitación y que el personal técnico no sólo esté lo suficientemente bien informado sino que tenga a sus disposición todos los medios científicos que necesite para llevar a cabo su función.

Hay que organizar y fomentar la creación en todos los hospitales generales de servicios psiquiátricos abiertos como parte integrante del hospital, de análoga forma a como lo son los servicios de medicina y cirugía. Es también indispensable que todo hospital disponga de un consultorio psiquiátrico público conducido por especialistas. Servicios de este tipo deben también crearse en los hospitales infantiles, en las maternidades y clínicas prenatales.

Consultorios o clínicas de salud mental deben funcionar en los grupos escolares y en las fábricas. Estos servicios tienen que estar presididos por la convicción absoluta de que tanta importancia tiene la salud mental como la física y que la administración de una dieta rica en calorías y vitaminas no es suficiente.

Todavía se cree en muchos círculos cultos, ignorando lo que nos han dicho hace más de veinte siglos, que el hombre se alimenta sólo de pan. Se cree que la "seguridad" depende o consiste exclusivamente en la posesión de

medios materiales, cuando sabemos sobradamente que la seguridad que cuenta en el ser humano es la de sentirse respetado, admitido por su ambiente social, satisfaciendo de esta forma ese anhelo de pertenencia que es tan necesario en el hombre como el aire que respira. El niño, el hombre y el anciano, necesitan poseer para sentirse seguros tanto de su pan como del sentimiento de que sin tener que desprenderse de su individualidad pertenecen también, formando parte integrante y activa de un grupo social, de una comunidad que se extiende más allá de su casa y su familia. Cuando este sentimiento le falta surge la frustración y el rechazo y con ella el retorno de los impulsos agresivos con los que toda posibilidad de establecer relaciones personales satisfactorias desaparece inmediatamente.

Creemos deber llamar en esta ocasión vuestra atención sobre el hecho de que, durante los últimos treinta años se han introducido nuevos factores en las relaciones humanas, en los que los trabajadores de la salud mental de todos los países, pero más especialmente los de todo el continente americano de Norte a Sur deben estar interesados.

Con motivo del enorme desarrollo de las vías y métodos de comunicación y transporte, de un lado, y de otro como resultado de los grandes cataclismos políticos y sociales se ha producido una extraordinaria movilidad migratoria de la población mucho más acentuada durante los últimos años como consecuencia de la segunda guerra mundial. Individuos, familias, y hasta núcleos enteros de población se han desplazado y se han visto desarraigados de sus países, de sus hogares y de sus tradiciones y hasta de su idioma y han tenido que vivir en ambiente sociales y culturales diferentes que no siempre podían, naturalmente, estar dispuestos a recibirlos en la forma por ellos deseada.

La adaptación e integración por ambas partes es un proceso difícil y lento y durante su curso se producen en ambos lados numerosas víctimas psicológicas de toda índole y variedad.

Así por ejemplo, trabajos de investigación llevados a cabo por sociólogos y psiquiatras han encontrado que la persona desplazada a un nuevo ambiente pasa por dos períodos: uno inicial, en donde el individuo se siente contento, feliz y como libre, desarrollando una actividad a veces exagerada y eufórica, al mismo tiempo que demostrando un interés limitado casi exclusivamente a la satisfacción de sus necesidades primarias. Pasado este primer período el individuo comienza a enfrentarse más claramente con la realidad del nuevo ambiente encontrar diferencias y dificultades de idioma, costumbres clima, etc. Y es en este período cuando se observan con gran frecuencia reacciones psicológicas de toda categoría, que oscilan desde las afecciones psicosomáticas graves y depresivas hasta las verdaderas psicosis. En estas circunstancias, y de ello tenemos una experiencia personal por el estudio psiquiátrico social de numerosos inmigrantes al Canadá, el ambiente reacciona, como es lógico, y hasta diríamos legítimo, con una actitud de franca hostilidad que no hace sino empeorar la situación ambiental de ambas partes. Los resultados obtenidos por los servicios para atender estas situaciones, que se han organizado en algunos países como

por ejemplo en el Canadá, demuestran que se puede ejercer una gran acción preventiva en estos problemas de higiene social.

Pero los problemas que tiene que atacar el trabajador de la salud mental, basados en los conocimientos etiológicos y en los conceptos de salud mental admitidos en la psiquiatría contemporánea, son de tal extensión y variedad que existen su intervención especializada en casi todos los aspectos de la vida humana. Tendrá que tratar de ejercer su influncia sobre legisladores y juristas para que informados de los nuevos conceptos etiológicos, colaboren con el trabajador social en nuestra acción preventiva. Así, por ejemplo, habrá que modificar ciertos aspectos de la legislación sobre el divorcio, sobre el régimen penitenciario y los códigos penales. Hay que pedir también la cooperación de los legisladores para que regulen de manera científica y humana el régimen de vida de los niños ilegítimos y huérfanos, y las normas de adopción que deberían formularse teniendo presente, principalmente, el destino de estos niños como potenciales enfermos mentales o psicópatas y muchos de ellos destinados a conducirse de una manera anti-social y a llevar y transmitir, por contagio psíquico, reacciones patógenas que los hacen tan peligrosos, o más como los portadores de gérmenes de las enfermedades infecciosas.

Nuestra acción organizada tiene también que extenderse y tiene que buscar la colaboración de los educadores y maestros. Es necesario introducir en el magisterio y en los educadores de todo rango, incluso los universitarios, este principio fundamental, a saber, que la principal función del educador estriba tanto en enseñar o instruir como en ayudar al desarrollo emocional equilibrado del discípulo. Es necesario que nos esforcemos en introducir ese principio que creemos básico y, como consecuencia, que en la formación del maestro y del educador se considere como de importancia esencial su familiarización con los conocimientos de la génesis y dinámica del desenvolvimiento de la personalidad humana, de los principios científicos de la higiene mental. Solamente así se podrán dar cuenta exacta de la gran influencia, de todo el alcance y de la responsabilidad que su acción individual tiene en el desarrollo emocional de la niñez y de la juventud, y de qué modo pueden contribuir aficazmente no sólo a la prosperidad intelectual y material, sino también a elevar el nivel de salud mental de su país.

# PREVENCION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

por **BALTAZAR CARAVEDO** *

La prevención de los estados depresivos es compleja, pues demanda el conocimiento integral de los problemas médico-sociales que determinan su aparición.

Vamos a ocuparnos de algunos aspectos concernientes a la crientación de las técnicas de higiene mental en el campo de los estados depresivos. Para estudiar este aspecto es necesario tener presente: 1º el desarrollo psico-social del hombre durante su infancia; 2º los rasgos de personalidad pre-mórbida del individuo y 3º los factores sociales que precipitan las crisis depresivas. La brevedad del tiempo nos impedirá hacer una descripción detallada y nos limitaremos en muchos aspectos a la simple enunciación de los problemas.

## DESARROLLO PSICO-SOCIAL DEL HOMBRE DURANTE SU INFANCIA

**Hogar y Familia en Relación al Problema.**— La infancia de la mayoría de los pacientes que presentan depresiones endógenas caracterízanse por rasgos muy especiales. El hogar y la familia representan un círculo de apropiada seguridad y aceptación del niño mismo. La madre del menor rodea de seguridad su vida y logra que éste acepte todo aquello que representa el sistema de seguridad y satisfacción, la maduración social y el buen contacto con el ambiente; el niño acepta desde muy temprana edad los símbolos y valores sociales, a través de la incorporación de todo lo que necesita por intermedio de las figuras paternas y maternas. Buena parte de los niños son llevados a sobresalimentarse, muchas veces en exceso, como una forma de lograr satisfacciones cuando no pueden obtenerse éstas o expresarlas en otra forma. Los niños al aceptar voluntariamente la introyección de los otros en su vida determina desde muy temprano sus rasgos de extraversión, deviniendo un conformista, tanto en hábitos como en sistema de valores, confiando menos en sus propias capacidades que en los criterios de los otros. Esta receptividad psicológica pasiva determina una introyección exagerada del mundo circundante. A esta etapa de seguridad y aceptación voluntaria sigue una nueva etapa en la evolución psicológica del niño en la que éste es sometido por la madre, al finalizar el segundo año, a exigencias y actitudes que no estaba acostumbrado. Este cambio de actitud, de la total dependencia al deseo de la madre de procurarle una mayor independencia y una demanda creciente de esfuerzos produce en él una reorientación hacia el exterior, hacia el contorno social, por la apari-

---

* Jefe de la División de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ción de deberes y obligaciones que le son impuestas. El niño pasa de una etapa de gran receptividad a una etapa de gran espectación, lo cual cambia substancialmente, en forma más marcada, el ambiente que lo rodea. Esta actitud en muchos aparece con el advenimiento de un nuevo miembro en la familia, el cual desplaza en este instante los intereses afectivos inmediatos de los padres. Por lo común la actitud del niño que pasa a la fase de espectación va a caracterizarse por un deseo de complacencia, obediencia y realización minuciosa de sus obligaciones. En esta forma supone el niño que mantendrá el amor de sus progenitores hacia él. El niño comienza, entonces, a recorrer un círculo emocional; al pretender el amor por intermedio de la complacencia, la obediencia y el cumplimiento de sus obligaciones teme, si no lo hace asi, perder el amor materno y ser castigado. Aparece en él el temor a la pérdida afectiva, la ansiedad; el temor al castigo, el sentimiento de culpa.

Se establece desde la infancia: a) dependencia espectación: b) cambios de actitudes emocionales en los padres y exigencias de nuevos hábitos en el niño; c) temor a la pérdida afectiva y cambio de actitudes ante los valores sociales; aparición de la ansiedad y del sentimiento de culpa; d) los padres de los pacientes deprimidos aparecen, por lo común, en las historias como muy indulgentes y con sentido de gran coherencia y estabilidad en la vida familiar; e) los niños tienden a manifestar una buena relación con los adultos y por lo tanto a obtener de ellos satisfacciones adicionales para su propia seguridad.

2º **La personalidad pre-mórbida de los deprimidos.—** Por su estructura psicológica que tienden a aprehender, inyectar, la figura prepotente y aceptarla, este grupo de personas presenta rasgos muy típicos:

a) fuertes sentimientos patrióticos;
b) fuertes sentimientos religiosos;
c) sentimientos de gran lealtad política.

Este grupo de personas tiene lo que Riesman ha llamado "dirección-propia" o "autodirección"

La personalidad mórbida, en este grupo, presenta estos rasgos:

a) No tiene sentido creador; es más un imitador, pero lo hace bien;
b) Tiene convicciones profundas y su vida está motivada por principios;
c) Puede ser una persona muy dedicada;
d) Es generalmente eficiente y la gente que no lo conoce bien cree que se trata de una persona bien adaptada, individualmente no perturbada;
e) Contrariamente a lo que se supone no es feliz;
f) Selecciona al cónyuge, no porque lo ame si no porque lo necesita. Nunca se divorciará o no tratará de hacerlo, por la terrible necesidad de dependencia que siente;
g) Al mismo tiempo que exhibe estos sentimientos de egoismo el sujeto se acusa a si mismo de serlo y piensa que él es indispensable a los otros.

h) Su necesidad de satisfacer a los otros lo hace actuar según los deseos ajenos; trabaja incesantemente pero teniendo la impresión de futilidad y de vacío en su vida. Tiene, por lo común, la impresión de infelicidad y solicitud.

i) El sujeto se aferra a una serie de valores: la familia, por ejemplo, el papel que el tiene por lugar en la vida social, etc.; pero supone que todo esto no es espontáneo y tiene sentimientos de culp.a El sujeto piensa, igualmente en el papel autoritario, similar a la figura paterna, de los maestros o superiores. Esto lo coloca al sujeto en situaciones de angustia frecuenmente y no sabe muchas veces cómo actuar. Está constantemente oscilando entre la aceptación y la negativa de esta autoridad, lo cual lo hace sentir muy culpable; el sujeto hace su deber con el fin de "malbaratearse" asi mismo, según la expresión de Cohen, y acallar sus sentimientos contradictorios.

Otro tipo de personalidad pre-mórbida es la dependiente. Ellos, por ejemplo, piden y esperan de los otros y se sienten privados afectivamente cuando ellos creen que no alcanzan lo que esperan de los demás.

Ellos están constantemente pidiendo, pero no en forma agresiva, porque ellos no saben qué es lo que quieren a través de sus propios esfuerzos; ellos esperan de los otros.

Este grupo de personas alternan entre los sentimientos de culpa y los deseos de hacer sentir culpables a los otros. Por lo común encuentran una persona de quien depender, comunmente la esposa, a quien hacen sentir constantemente culpable si es que ésta no realiza lo que el sujeto desea.

En estos grupos de pacientes se conjugan una serie de factores que hacen aparecer los estados depresivos. Por lo común estos factores precipitantes de la depresión son:

a) La muerte de una persona importante para el sujeto;
b) El fracaso de relaciones interpersonales importantes;
c) Un severo desengaño en las relaciones del trabajo, al cual se le ha dedicado toda la vida. Por lo general en este grupo entraría el problema de la jubilación.

Por lo general estos tres aspectos tienen en común que se refieren al hecho de la pérdida de algo; de un ser querido, o de una relación social, o del trabajo y puede ser que estas pérdidas sean precedidas, según las circunstancias, de ansiedad ante la expectación del posible acontecimiento. La pérdida afectiva reactiva en el sujeto, acontecimientos traumáticos de la infancia, en los que estuvo en primer lugar, por ejemplo la pérdida afectiva de la madre, reactivándose en ellos los sentimientos de culpa que estuvieron presentes en determinadas etapas del desarrollo infantil.

Quizás uno de los aspectos más importantes en la aparición de un estado depresivo sea el problema de la pérdida de la actividad o la jubilación forzosa,

que ocurre en la etapa final de la vida humana, en el momento justo en que el sujeto empieza a manifestar sus sentimientos de desconfianza e inseguridad ante la expectativa de ser reemplazado por otro más joven, perdiendo asi el nivel de prestigio social alcanzado.

Hay depresiones que se presentan, igualmente, por acontecimientos agradables. Matrimonio de un hijo o hija, cuando la madre está entre los 40 50 años. Es un acontecimiento feliz acompañado de una pérdida, más cuando el hijo es único.

La promoción en un empleo coloca al sujeto frente a una nueva situación, la cual remueve la seguridad alcanzada en el anterior trabajo, colocándolo en un nuevo esfuerzo de adaptación emocional. El nacimiento de un nuevo hijo puede producir depresión. Estas reacciones pueden ser ya sea porque reactivan viejos sentimientos de inseguridad que se presentan ante el nacimiento de sus hermanos menores o bien porque el sujeto tiene que hacer frente a nuevas obligaciones sociales, procuradas por el nacimiento del hijo.

Queremos referirnos brevemente a dos aspetos graves de los estados depresivos que en la actualidad tienen entre nosotros su importancia: el suicidio y la jubilación

El conocimiento de la personalidad de los sujetos deprimidos permite conocer las causas que determinarán las tendencias auto-agresivas en relación al suicidio. Por lo común las tentativas de suicidio son tomadas muy a la ligera por la mayoría de los médicos que asisten a los que intentaron suprimirse y no se lleva el control ulterior de los casos. Para algunos autores, como Menninger, existen suicidios crónicos o parciales, como es la progresión auto-destructiva del alcoholismo crónico; asi mismo muchos accidentes de automóvil son tentativas de suicidio o suicidios consumados.

La mayoría de las tentativas o los suicidios consumados son cometidos por deprimidos. Lo menos frecuente es encontrar otro grupo. Se supone que más del 50 % son sujetos con depresión, en todas las formas de suicidio o suicidios frustros estando en el otro grupo muchas causas que no vamos a referir aquí. Posiblemente en los otros grupos se encuentran reacciones de tipo neurótico con depresiones.

Toda persona que ha tenido un intento de suicidio debe ser sometida a traatmiento psiquiátrico, después de recibir la atención necesaria de emergencia. Cuando un médico recibe en un servicio hospitalario de emergencia a un sujeto con intento de suicidio no debe de dejarlo partir sin haberlo puesto en contacto con un psiquiatra, si no se quiere ver repetido el intento y su éxito ulterior. La evaluación psiquiátrica previa al alta del paciente debería ser condición para su salida. El conocimeinto por los médicos generales de conocimientos básicos de este tipo permitiría un mejor control de los casos de suicidio.

El problema básico es el diagnóstico precoz de la depresión. Los cambios de humor, el insomnio, la pérdida de interés y de dirección vital, la reacción afectiva perturbada con ansiedad manifiesta; el uso de barbitúricos en forma inmoderada que lleva al sujeto a una mayor depresión y a una tendencia más afincada

en la auto-destrucción deberían tenerse presente cuando se presente un paciente ante el médico general, a quien va a consultar porqué no tiene apetito, porqué ha perdido peso, porqué no duerme o porqué nada le interesa, o porqué se cree enfermo del hígado y tiene la boca amarga o porqué se encuentra constipado. Muchas veces sin los conocimientos necesarios de la especialidad se hacen tratamientos poco apropiados o que no corresponden a la realidad diagnóstica. Hemos visto casos tratados como afecciones hepáticas, con pruebas negativas. sin tener ningún síntoma efectivo de una afección de esta naturaleza y que una investigación minunciosa demostró que se trataba de una depresión neurótica que había llevado a la paciente a un alejamiento paulatino de toda actividad social, a una casi reclusión.

La educación del público también debe ser puesta en evidencia en una campaña de prevención del suicidio. La familia del deprimido debe recibir información amplia para cooperar en el tratamiento y recuperación del suicida.

El uso de barbitúricos no debe ser hecho si no bajo prescripción médica. Es aconsejable que estos medicamentos tengan control estrictísimo. Frecuentemente las personas usan estas drogas sin indicación alguna, cuando empiezan a manifestar síntomas discretos de depresión, especialmente el insomnio. Muchos pacientes con tendencias suicidas han estado tomando tiempo atrás barbitúricos para calmar o el insomnio o la ansiedad concomitante. Nunca se insistirá lo suficiente en el control estricto de estas drogas.

Si un sujeto no está muy angustiado y no tiene tendencias al suicidio podrá ser tratado ambulatoriamente, después de haber sido examinado por un psiquiatra y sometido en sus inicios a tratamiento con drogas anti-depresoras. Al usarse estas drogas deberá tenerse presente que en sus fases iniciales, al producirse la desinhibición emocional los pacientes pueden realizar intentos de suicidio. Luego de esta fase inicial el paciente podrá regresar a su casa y hacer el tratamiento ambulatorio.

En todo caso de depresión, con o sin aparente tendencia al suicidio, el internamiento en un hospital se impone. El tratamiento de la depresión, en la actualidad, no ofrece dificultades y los resultados que se obtienen son cada vez más alentadores. No puede desconocerse la importancia del E. S., el cual como medio terapéutico es insustituible para muchos tipos de depresión. Las formas benignas de depresión se benefician rápidamente de las drogas anti-depresoras El tratamiento precoz, por el rápido reconocimiento del cuadro, tanto por médicos y familiares, contribuye a la labor preventiva pues disminuye los riesgos secundarios.

Se ha sugerido que podría fundarse instituciones similares a los Alcohólicos Anónimos para sujetos con impulsos suicidas, de esta manera se les motivaría para buscar ayuda psiquiátrica.

También se ha sostenido que la familia debe ser ayudada a buscar la ayuda psiquiátrica, enseñándole a evaluar los síntomas objetivables de una posible depresión. En todo caso, el saber que el psiquiatra puede ser ayuda efectiva en problemas de difícil solución representa un paso positivo de ayuda.

La policía también puede ayudar si recibe amplia información sobre lo que tienen que hacer en la atención de tentativas de suicidios.

Todo personal de hospital general, médico o no, debe de conocer estos problemas. Toda tentativa de suicidio debe ser comunicada, igual que un caso de enfermedades infecto-contagiosas, al personal de Salud Pública pertinente.

La campaña preventiva puede contar con la cooperación de las Cajas de Seguro Social; con las compañías de Seguros; con las Ligas de Higiene Mental en su campaña de educación sanitaria sobre el tema; la industria para eliminar los casos de sujetos con tendencias al "autocastigo" y la eliminación de factores que tiendan a provocar depresiones. Nuestro medio es muy rico en esta experiencia d carácter industrial como lo vimos en cuatro trabajos realizados por mí con el Dr. O. Valdivia Ponce. En esta campaña de prevención de las depresiones y más específicamente del suicidio, el público debe saber los siguientes puntos:

1.—La persona que tratan o piensan suicidarse están frecuentemente mucho más perturbados emocionalmente que las personas que lo cometen; casi siempre el suicida se convierte en tal cuando aparenta estar bien.

2.—Los individuos que han tenido una o varias tentativas de suicidio, tratan de realizar otro acto similar tres meses después del último intento.

3.—Cuando se ha atendido médica y quirúrgicamente a un suicida en potencia se debe obtener su consentimiento para ser puesto en manos del equipo que puede ayudarlo: psiquiatra, psicólogo, asistenta social.

4.—Los suicidas están en relación con situaciones económicas poco conflictivas. Hay más intentos de suicidio o suicidios realizados en las clases económicamente altas.

Otros problemas en relación con los mecanismos depresivos es la jubilación o pérdida brusca del empleo. Uno de los aspectos más importantes de las conquistas sociales fué la jubilación a determinada edad de los sujetos. Esta conquista social ha traído aparejada un incremento de las depresiones en los ancianos, al perder éstos el prestigio, la seguridad y la estructura social en que estaban insertos. La movilidad geográfica de los grupos humanos en poblaciones en desarrollo industrial ha procurado a estos grupos de ancianos jubilados no sólo la pérdida de la actividad si no la soledad. El anciano solitario es un candidato a la presentación de cuadros depresivos. La soledad proveniente de la movilidad familiar es un fenómeno de las ciudades industriales y en el anciano se ha conjugado, por lo común entre nosotros, el factor pérdida de un ser querido con el factor pérdida de actividad. La pérdida del objeto amado y la pérdida del objeto que procura seguridad material engendra la ansiedad y la angustia propia de este estado proclive a la involución. A esto se podría agregar que entre nosotros se suman la desorganización o disgregación familiar como otro elemento precipitante de la depresión.

Se ha visto que entre las causas serias de asistencia psiquiátrica en los ancianos está el hecho que el 50 % de estos casos es atendido por tendencia

al suicidio. El riesgo de suicidio en los ancianos deprimidos es mayor en los viudos, solteros y divorciados que entre los casados. Los ancianos buscan la soledad para suicidarse.

Los problemas de la vejez conexos con la depresión pueden verse bajo diferentes aspectos:

a) Factores socio- económicos, provocados por circunstancias financieras, por la jubilación, el aislamiento social y pérdida paulatina de prestigio dentro del grupo.

b) Factores psicológicos y psicopatólogicos; problemas derivados de las relaciones con la juventud y la edad madura; factores propios de la vejez, comprendiendo el ángulo de las limitaciones personales (afectividad, inteligencia, etc.), y la incapacidad para llenar una función útil. Las tasas elevadas de suicidios, en los ancianos, suelen ir asociadas a una relajación de los vínculos que las creencias, las aspiraciones y las actividades comunes crean entre una persona y sus semejantes. Los suicidios parecen ser menos frecuentes entre las personas que han vivido siempre en la pobreza que entre aquellos que se ven obligados a sufrirla después de haber conocido el desahogo y la seguridad.

c) Factores físicos. De vejez.— Factores de carácter endocrino que tienen tanta importancia en la vejez.— Enfermedades físicas y accidentes que invalidan o disminuyen la actividad.

# DEPRESIONES EN UNA MUESTRA DE POBLACION LABORAL

por OSCAR VALDIVIA PONCE*

## INTRODUCCION

El presente trabajo tiene la intención de presentar algunos aspectos de las depresiones en diferentes muestras representativas de la población industrial y laboral del Perú. Estos aspectos que hemos mencionado se refieren: 1) a la existencia de un sindrome depresivo "mitis" (neurótico) en muestras de dirigentes industriales, supuestos sanos y 2) a la realidad numérica o "incidencia" de las depresiones en la población obrera asegurada en el Perú.

Es intención, también, de esta comunicación el comparar nuestros hallazgos, en la población laboral, con los resultados obtenidos por otros investigadores en otras muestras de la población peruana.

## MATERIAL Y METODO

El estudio se realizó: 1) en dos grupos industriales constituídos por 33 gerentes y 85 líderes sindicales pertenecientes a 33 empresas industriales de la ciudad de Lima; a los que se administró el Indice Médico de Cornell en forma individual. 2) en la población psiquiátrica obrera asegurada que se internó en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima durante el decenio de 1950-1959. El estudio en estos últimos, consistió en la revisión de las fichas estadísticas correspondientes a todos los pacientes hospitalizados durante ese decenio. En estas fichas figuran el número del asegurado, diagnóstico principal, edad, sexo, días de hospitalización y el estado psiquiátrico en el momento del alta. Debemos aclarar que se ha recurrido a la revisión de las historias clínicas cuando los datos consignados en las fichas no eran precisos. En este estudio de pacientes asegurados se ha incluído a los enfermos, que por falta de camas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima fueron enviados a la clínica Sanatorio de Enfermedades Mentales durante los años 1950-1951 y al Hospital Larco Herrera durante los años sub-siguientes que comprenden el decenio de nuestro estudio. Conviene aclarar que nuestro estudio se refiere a la masa obrera asegurada exclusivamente. De acuerdo a la ley peruana el Seguro Obrero es obligatorio para todos los obreros del país entre las edades de 18 a 60 años.

---

* **Del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.**

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos vamos a presentarlos en dos grupos: El primero que se refiere a los obtenidos en las muestras de dirigentes industriales con el Indice Médico de Cornell y el segundo a los registrados en la población laboral asegurada.

**Dirigentes Industriales.—** De los resultados obtenidos con el índice Médico de Cornell, en los muestras de dirigentes industriales, (85 líderes y 33 gerentes) sólo vamos a referirnos, en primer lugar, a los resultados que indican disturbio emocional en forma general y después a los hallazgos pertinentes al aspecto depresivo exclusivamente. A continuación presentamos en el cuadro No. 1 los diferentes grupos de constelaciones sintomáticas con su respectivo grado de "incidencia" en los dos grupos estudiados.

**CUADRO Nº 1**

| Síndromes | Líderes | Gerentes |
|---|---|---|
| Inadecuación en relaciones interpersonales y en situación de tensión | 23.68% | 10.22% |
| Ansiedad y tensión | 18.09% | 10.10% |
| Susceptibilidad | 27.51% | 16.36% |
| Irritabilidad y agresión | 28.52% | 12.87% |
| Fatiga | 20.38% | 11.56% |
| Manifestaciones psicosomáticas | 16.72% | 7.83% |
| Alcoholismo | 7.05% | 6.36% |
| Insomnio | 11.76% | 0. 0% |
| Depresión | 10.78% | 2.52% |

Como se ve en el cuadro Nº 1 hay diversas constelaciones sintomáticas que indican marcada perturbación emocional que se refleja en ansiedad, tensión, susceptibilidad, irritabilidad, etc. Se ve también que la susceptibilidad irritabilidad y agresión ocupan los más altos porcentajes en los dos grupos; pero registrándose siempre una mayor incidencia en los líderes. La depresión, que ocupa un mayor nivel en los líderes que en gerentes, comparativamente con las demás manifestaciones de perturbación emocional, alcanza la incidencia casi más baja en los dos grupos.

Siendo la intención explicar más detalladamente lo que él Indice Médico de Cornell califica, en su sección N, de depresión vamos a presentar en el cuadro Nº 2 los resultados de cada una de las preguntas que forman el síndrome depresivo.

**CUADRO Nº 2**

| Pregunta | Líderes | % | Gerentes | % |
|---|---|---|---|---|
| 157.— Se sienten solos y tristes en una fiesta ... ... ... ... ... ... ... ... . | 11 | 12.94% | 2 | 6.06% |
| 158.—Se sienten generalmente tristes y deprimidos ... ... ... ... ... ... ... | 13 | 15.29% | 1 | 3.03% |
| 159.—Lloran a menudo ... ... ... ... . | 8 | 9.4 % | 1 | 3.03% |
| 160.—Se sienten siempre desanimados y melancólicos ... ... ... ... ... ... .. | 10 | 11.76% | 1 | 3.03% |
| 161.—Se siente sin esperanzas ... ... ... | 8 | 9.41% | 0 | 0.00 |
| 162.—Pensamientos suicidas ... ... ... . | 5 | 5.88% | 0 | 0.00 |

Se nota que en el cuadro se registra un mayor porcentaje de respuestas positivas en los líderes que en los gerentes.

En el cuadro general Nº 1, queremos hacer notar, que la incidencia de la fatiga es alta en los dos grupos. La fatiga puede ser el resultado: del trabajo excesivo, de la falta adecuada de reposo, de tensión emocional o de enfermedades orgánicas o psiquícas. Pero no hay que olvidar que la depresión casi siempre se acompaña de sensación de cansancio, agotamiento o fatiga. Pensando en la relación que puede existir entre la fatiga que aqueja a nuestros probandos y la depresión, vale la pena analizar el conjunto de preguntas que forman la sección I del Indice Médico de Cornell que determina la fatiga. Las preguntas las presentamos a continuación en el cuadro Nº 3.

**CUADRO Nº 3**

| Pregunta | Líderes | % | Gerentes | % |
|---|---|---|---|---|
| 108.—Se sienten completamente agotados | 46 | 54.11 | 11 | 33.33 |
| 110.—Se sienten cansados ... ... ... ... | 19 | 23.35 | 5 | 15.15 |
| 111.—Se cansan al más mínimo esfuerzo | 11 | 12.94 | 1 | 3.03 |
| 112.—Muy cansados constantemente hasta para comer ... ... ... ... ... ... ... | 3 | 3.52 | 0 | 0.00 |
| 113.—Sufren agotamiento nervioso serio | 7 | 8.23 | 2 | 6.36 |
| Insomnio ... ... ... ... ... ... ... ... | 10 | 11.76 | 0 | 0.00 |

**Población Obrera Asegurada.** — De acuerdo a los datos proporcionados por la Oficina de Estadística de la Caja Nacional del Seguro Obrero se registro, durante el decenio de 1950-1959, un volumen promedio de 364.000 asegurados activos; de los cuales correspondía el 84% a hombres y el 16% a mujeres. Durante este mismo decenio hemos encontrado que el número de hospitalizaciones psiquiátricas fué de 1,381; de los cuales 771 se registraron en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima y las restantes, por falta de camas en este Servicio, se efectuaron en número de 41 en la Clínica Sanatorio de Enfermedades Mentales y de 659 en el Hospital Larco Herrera.

Antes de referirnos a la incidencia de la depresión en la población total asegurada creemos conveniente presentar un cuadro general que registre los diferentes cuadros de morbilidad psiquiátrica con su respectiva incidencia.

**CUADRO Nº 4**

**Relación de los Pacientes Asegurados Internados en el Decenio 1950—1959**

| Diagnóstico | H | M | Total | Porcentaje Gral. |
|---|---|---|---|---|
| Reacciones psicóticas ... ... ... ... ... ... | 604 | 134 | 738 | 53.4% |
| Reacciones psiconeuróticas ... ... ... ... . | 174 | 122 | 296 | 21.4% |
| Trastornos de la personalidad ... ... ... | 178 | 21 | 199 | 14.4% |
| Alteraciones cerebrales crónicas ... ... . | 60 | 20 | 80 | 5.8% |
| Alteraciones cerebrales agudas ... ... .. | 41 | 8 | 49 | 3.6% |
| Trastornos psicofisiológicos ... ... ... . | 9 | 5 | 14 | 1.0% |
| Deficiencia mental ... ... ... ... ... .. | 2 | 3 | 5 | 0.4% |

Después de presentar en el cuadro Nº 5, los grandes grupos de trastornos mentales con su incidencia respectiva en la masa obrera asegurada, presentaremos comparativamente la incidencia que ocupa la depresión en los grupos de psicosis y neurosis respectivamente.

**CUADRO Nº 5**

**Trastornos Psicóticos**

| Diagnóstico | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reacciones Esquizofrénicas: | | | | |
| Tipo paranoide ... ... ... ... ... ... ... . | 318 | 69 | 387 | 52.4 |
| Tipo catatónico ... ... ... ... ... ... ... . | 111 | 16 | 127 | 17.2 |
| Tipo simple ... ... ... ... ... ... ... ... | 32 | 9 | 41 | 5.5 |
| Tipo Hebefrénico ... ... ... ... ... ... ... | 15 | 7 | 22 | 2.9 |
| Tipo aguda indiferenciada ... ... ... ... | 2 | 3 | 5 | 0.6 |
| Tipo crónica indiferenciada ... ... ... . | 2 | 2 | 4 | 0.5 |
| Tipo esquizo-afectivo ... ... ... ... ... | 2 | 3 | 5 | 0.6 |
| Tipo residual ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 | 0 | 1 | 0.1 |
| Sin clasificar ... ... ... ... ... ... ... ... | 50 | 6 | 56 | 7.5 |
| Reacciones afectivas: | | | | |
| Reacción maníaco depresiva: | | | | |
| Fase maníaca ... ... ... ... ... ... ... ... | 15 | 3 | 18 | 2.4 |
| Fase depresiva ... ... ... ... ... ... ... | 8 | 0 | 8 | 1.0 |
| Reacción psicótica depresiva . ... ... ... | 9 | 8 | 17 | 2.3 |
| Reacciones paranoides: | | | | |
| Estado paranoide ... ... ... ... ... ... .. | 30 | 7 | 37 | 5 |
| Reacción psicótica involutiva: | | | | |
| Forma depresiva ... ... ... ... ... ... ... | 1 | 1 | 2 | 0.2 |
| Psicosis no diagnósticada ... ... ... ... | 8 | 0 | 8 | 1 |
| TOTALES ... ... ... ... ... ... | 604 | 134 | 738 | 100% |

CUADRO Nº 6

**Trastornos Psiconeuróticos**

| Diagnóstico | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Reacción de conversión ... ... ... ... .... . | 37 | 76 | 113 | 38.1 |
| Reacción de angustia ... ... ... ... ... .. | 37 | 26 | 81 | 27.3 |
| Reacción obsesivo-compulsiva ... ... ... | 28 | 4 | 32 | 10.8 |
| Reacción de disociación ... ... ... ... .... . | 13 | 10 | 23 | 7.7 |
| Reacción depresiva ... ... ... ... ... . ... | 19 | 4 | 23 | 7.7 |
| Reacción fóbica ... ... ... ... ... ... .... . | 3 | 1 | 4 | 1.3 |
| Otro tipo ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 19 | 1 | 20 | 6.7 |
| TOTALES ... ... ... ... ... ... | 174 | 122 | 296 | 100% |

DISCUSION

En el cuadro Nº 1 observamos resultados que indican que los líderes sindicales presentan un marcado predominio de disturbio emocional y que se hace patente por una sintomatología rica y variada en la que se destacan principalmente susceptibilidad, irritabilidad, agresión, inadecuación en las relaciones interpersonales y fatigas. Es evidente también que en esta variada sintomatología se exhiben síntomas depresivos que se presentan en una incidencia más baja que las otras manifestaciones. Estos resultados nos permiten suponer que tanto el lider como el gerente usan preferentemente otros tipos de defensa neuróticas que aquéllas de tipo depresivo. Analizando el conjunto de síntomas que constituyen el síndrome depresivo, que se presenta n el cuadro Nº 2, podemos considerar el valor de cada una de las preguntas que lo conforman con sus índices de incidencia en cada uno de los grupos. Los resultados nos indican que probandos de ambos grupos se sienten solos y tristes en sitios de esparcimiento; estos sentimientos que traducen una indiferencia hacia los demás les impide compartir efectivamente con el grupo y gozar de la alegría de conjunto. Esa incapacidad para alegrarse y que refleja un estado de depresión se confirma con la afirmación de sentirse realmente tristes o deprimidos. Se ve también que la tristeza que los embarga suele resolverse frecuentemente en lágrimas. A estas manifestaciones se une un pesimismo frente a la vida, que traduce una falta de futuro que en cierta forma parece estimular la formación de pensamientos suicidas. Es interesante observar, en el grupo de gerentes, que a pesar de la presencia de depresión, tristeza y cierto pesimismo no han perdido del todo la esperanza y no son víctimas de pensamientos suicidas.

Creemos que los síntomas que forman el síndrome de la fatiga merecen una consideración y análisis especial porque pueden estar vinculados o formar parte del síndrome depresivo. Claro está que es deficil determinar el grado de fatiga de un individuo; y a propósito Elton Mayo (1), dice "No existe una forma única de

fatiga. Lo que hasta ahora han estudiado los fisiólogos son incapacidades orgánicas identificables". La fatiga es indudablemente algo más que incapacidad orgánica; la fatiga que estamos determinando puede ser el resultado de trabajo excesivo, de la falta adecuada de reposo, de la tensión emocional, la consecuencia de enfermedades físicas o psíquicas o manifestaciones sintomáticas de un síndrome depresivo. Lo que se considera como fatiga encierra un conjunto de síntomas que se pueden observar en el cuadro Nº 3 y que frecuentemente acompañan a muchas depresiones neuróticas. Las depresiones presentan con frecuencia. además de tristeza y melancolía, sensación de agotamiento físico, cansancio al mínimo esfuerzo, falta de apetito e insomnio. Como vemos estos síntomas que conforman el síndrome de la fatiga pueden muy bien, ser expresión de depresión. Volviendo nuevamente a revisar nuestros resultados en el síndrome depresivo se ve en conjunto, en el grupo de líderes, una mayor incidencia a la depresión de la que se registra en los gerentes.

En el cuadro Nº 1 vemos que hay en los líderes una mayor incidencia de todos los síndromes que en los gerentes. Lo que nos está diciendo también que la depresión es mayor en los líderes que en los gerentes. La mayoría de investigadores entre los que vale mencionar Mc Lean y Taylor (2) Menninger (3) y Ross (4) están de acuerdo en que el gerente por sus rasgos de personalidad reprime agresividad estando propenso a presentar reacciones depresivas. Sin embargo nuestros resultados revelan, en los gerentes que la predisposición a síntomas depresivos es muy baja. Estos resultados son interesantes porque expresan una realidad diferente que la encontrada por otros investigadores en otras latitudes. Estudios hechos anteriormente, por nosotros, revelan que el gerente no reprime mucho la agresividad sino que la expresa. Otro hecho interesante opuesto al encontrado por otros investigadores, en otros medios más industrializados que el nuestro, es el de la alta incidencia de trastornos psicosomáticos que presentan los directores industriales, como resultado de las preocupaciones y tensiones industriales que implican una ocupación de este grado de responsabilidad. Sin embargo, en nuestro medio, los síntomas psicosomáticos que presentan los ejecutivos registran una menor proporción. Estos resultados diferentes son interesantes y la diferencia entre nuestros hallazgos y los de otros investigadores, en otros países altamente industrializados, se puede explicar teniendo en consideración los diferentes factores culturales y grado de industrialización que existe entre aquellos países y el nuestro.

La mayor frecuencia de síntomas depresivos en el grupo sindical puede estar vinculada a su personalidad y a su nivel socio-económico-cultural. Rennie, Grole y Langer (5) han demostrado en un estudio realizado en una zona central de la urbe de New York que a medida que se desciende de estratos en la escala socio-económica se asciende en el índice de morbilidad psiquátrica, disminuyendo las facilidades de tratamiento. En este sentido podemos nosotros ver que este aumento de la incidencia de patología psiquiátrica y en especial del síndrome depresivo en nuestro medio asciende cuando se desciende en el nivel socio-económico. Esta afirmación podemos verificarla al observar comparativamente en

el cuadro Nº 7, los resultados del síndrome depresivo obtenidos con el Indice Médico de Cornell, en nuestros grupos, con los registrados por Rotondo y col. (6) en sus estudios de psiquiatría social realizados en la población urbana de Mendocita.

**CUADRO Nº7**

| Pregunta | Gerentes | Líderes | Pob. de Mendocita |
|---|---|---|---|
| 157.—Se sienten solos y tristes en una fiesta ... ... ... ... ... ... ... ... | 6.06% | 12.94% | 17.1% |
| 158.— Se sienten generalmente tristes y deprimidos ... ... ... ... ... ... ... | 3.03% | 15.29% | 28.4% |
| 159.— Lloran a menudo ... ... ... ... | 3.00% | 9.41% | |
| 160.— Se sienten siempre desanimados y meláncolicos ... ... ... ... ... ... ... | 3.03% | 11.76% | 31.3% |
| 161.— Se sienten sin esperanzas ... ... . | 0.00% | 9.40% | 24.2% |
| 162.— Pensamientos suicidas ... ... ... | 0.00% | 5.88% | 17.6% |

En el cuadro se ve claramente que a medida que se desciende de estrato socio-económico aumenta la incidencia a la depresión. Estos resultados confirman las observaciones de Valcarcel (7) y de Rotondo (8) quienes, especialmente éste último, creen que la "tristeza es peculiar de los integrantes de la llamada "cultura de la pobreza" que se extiende por todo el mundo y es la dominante en los países sub-desarrollados (8).

Pasaremos ahora a analizar los resultados obtenidos en la población obrera asegurada hospitalizada durante el decenio 1950-1959. Antes de entrar en el análisis propuesto debemos hacer algunas aclaraciones respecto a este grupo que nos concierne; ya que él reune condiciones especiales que están determinadas por el hecho de que la masa obrera asegurada es el resultado de la ley de seguro obrero que asegura obligatoriamente a todos los individuos consignados como obreros por la ley, entre las edades de 18 a 60 años. Por tanto el material de estudio circunscribe una población psiquiátrica proveniente de la masa obrera asegurada. El hecho de pertenecer al "status" de obrero, le confiere características especiales que lleva significaciones socio-culturales muy singulares que deben considerarse en la evaluación de cualquier estudio realizado dentro del grupo de los asegurados obreros. Con estas aclaraciones, en mente, pasaremos a analizar en el cuadro Nº 4 los diferentes índices de morbilidad en los grandes grupos de la patología psiquiátrica. Como se observa en el cuadro, las reacciones psicóticas destacan en primer plano siendo seguidas por las neurosis. En cuanto a éstas últimas debemos aclarar que las neurosis sólo han sido hospitalizadas por su estado de gravedad que las hacía imposible ser tratadas ambulatoriamente en Consultorios Externos. De ninguna manera las neurosis hospitalizadas reflejan la incidencia neurótica de la población total asegurada que representa un promedio, en el decenio, de 364,000 obreros. La incidencia neurótica en la población de obreros asegurados es enormemente muy superior a la hospitalizada ya que el

número de atenciones mensuales en consultorios externos es aproximadamente de 1.313 pacientes neuróticos. En cambio el índice de psicosis que nos presenta el cuadro refleja una incidencia más veraz ya que todos los pacientes psicóticos asegurados de cualquier Hospital del Seguro Obrero de la república se les transfiere al Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima por ser el único Servicio especializado. La población total de enfermos hospitalizados en el decenio arrojó una cifra de 1,381 lo que comparativamente con el volumen total de asegurados de 364,000, arroja un índice de 2.63 enfermos hospitalizados en 10 años por cada 100 obreros asegurados.

Los trastornos de personalidad que destaca el cuadro Nº 4 ocupan el tercer plano de incidencia; los demás trastornos psiquiátricos van proporcionalmente presentando porcentajes inferiores.

Con esta distribución general de morbilidad psiquiátrica y neurótica en la población psiquiátrica hospitalizada. Observando el cuadro Nº 5 podemos ver que las depresiones psicóticas están mostrando un porcentaje muy inferior en relación con las otras psicosis y en especial con las esquizofrenias. En las psicosis maníaco depresiva, inclusive, las formas maníacas se presentaron con mayor frecuencia que las depresivas. En el cuadro Nº 6, de los trastornos psiconeuróticos, la depresión también se presenta en una incidencia que se acerca a los límites inferiores. En el cuadro Nº 8 se puede objetivar la incidencia de las depresiones psicóticas y neuróticas en relación a la población total de hospitalizados y asegurados.

**CUADRO Nº 8**

| DIAGNOSTICO | Pobl. Hospitalizados. (1,381) | Pobl. Total Aseg. (364,000) |
|---|---|---|
| Psicosis maníaco depresiva: | | |
| Forma maníaca ... ... ... ... ... ... ... ... | 1.3% | 0.049% ‰ |
| Forma depresiva ... ... ... ... ... ... ... ... | 0.5% | 0.021% ‰ |
| Reacción psicótica depresiva ... ... ... ... | 1.2% | 0.046% ‰ |
| Reacción psicótica involutiva: | | |
| Forma depresiva ... ... ... ... ... ... ... ... | 0.4% | 0.005% ‰ |
| Reacción psiconeurótica depresiva ... ... . | 1.6% | 0.06 % ‰ |

El cuadro que hemos presentado nos está diciendo categóricamente que las depresiones psicóticas y neuróticas en el medio obrero asegurado ocupan, entre las enfermedades mentales el grado de incidencia más bajo. Sin embargo se puede decir que las depresiones neuróticas se registran en mucho mayor proporción que las psicóticas si se tiene en cuenta que sólo las depresiones neuróticas graves se hospitalizan. En cambio de las depresiones psicóticas, casi todos elos se hospitalizan Estos hechos nos llevan categóricamente a la conclusión de que las depresiones a nivel neurótico son más frecuentes entre la población obrera asegurada.

Para terminar no podemos pasar por alto el hecho que nuestros índices de depresión son muy bajos en relación a las registradas en otros países por ejemplo

en el Verdun Protestant Hospital de Montreal las depresiones constituyen el 18% de las hospitalizaciones (9) y en Copenhague Dinamarca, según Lunn (10) constituyen el 2% de la población general. Estas diferencias nos hacen pensar en una serie de factores socio-económico-culturales que son propics de cada cultura y que tienen su influencia en el predominio de una u otra entidad psiquiátrica.

## CONCLUSIONES

El estudio realizado con grupos laborales en nuestro medio nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

1.— Que los grupos industriales de gerentes y líderes sindicales presentan un marcado grado de disturbio emocional.

2.— Que este disturbio emocional se presenta en mayor proporción en los líderes que en los gerentes.

3.— Que entre la diferente sintomatología psíquica que presentan los grupos industriales se destaca un síndrome depresivo "mitis" que ocupa una incidencia inferior a las demás manifestaciones psíquicas.

4.— Que en el decenio 1950-1959 se registraron 1,381 hospitalizaciones psiquiátricas de las cuales las manifestaciones psicóticas, neuróticas y neuróticas y trastornos de la personalidad alcanzaron el más alto porcentaje.

5.— Que en la psicosis y neurosis las depresiones alcanzan la más baja incidencia.

6.— Las manifestaciones depresivas a nivel neurótico son muchos más frecuentes que las de nivel psicótico.

7.— Que a medida que se desciende en el estrato socio-económico asciende el nivel de manifestaciones sintomáticas depresivas.

## RESUMEN

Se ha hecho un estudio sobre la incidencia de las depresiones en dos grupos de dirigentes industriales (líderes y gerentes) y en la población obrera asegurada del Perú. Los estudios nos permiten afirmar: 1) Que entre la diferente sintomatología psíquica que presentan los grupos industriales se destaca un síndrome depresivo "mitis" que ocupa una incidencia inferior a las demás manifestaciones sintomáticas, 2) Que este síndrome depresivo "mitis" es más frecuente entre los líderes que en los gerentes, 3) Que durante el decenio 1950-1959 se registró en la población obrera asegurada (364,000) un total de 1381 hospitalizaciones psiquiátricas en las cuales las depresiones psicóticas y neuróticas alcanzan la incidencia más baja y 4) Que a medida que se desciende en el estrato socio-económico asciende el nivel de manifestaciones sintomáticas depresivas.

**BIBLIOGRAFIA**

1. E. Mayo, Problemas de una Civilización Industrial Editl. Galatea, 1959.
2. A. A. McLean, y A. A. Taylor, G.: Mental Health in Industry. Mc Graw Hill Book Co. New York, 1958.
3. W. Menninger Toward Understanding Men The Menninger Foundation, Topeca Kansas. 1957.
4. Ross D. S., Pratical Psychiatry for Industrial Physicians. Charles O. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, U. S. A. 1956.
5. Rennie T. A. G., Srole, L. M. K. Opeler y T. S. Langner. Urban. life and mental health. Socio-economic status and mental disoders in the Metropolis. Am. Jour. Psychiat., Vol. 113, 831-837, 1957.
6. Rotondo, H. y col. Estudios de Morbilidad Psiquiátrica en la Población Urbana de Mendocita. Departamento de Higiene Mental, M.S.P. y A.S.
7. Valcárcel, L. E. Ruta Cultural del Perú, Fondo de Cultura Económica, 1945.
8. Rotondo, H. y col., Personalidad básica, dilemas y vida de familia de un grupo de mestizos. Departamento de Higiene Mental, M.S.P. y A.S.
9. Lehmann, L. E. Psychiatric Concept of Depresion: Nomenclature and Classification. Canadian Psychiat. Ass. Jour. Vol. 4: sl-s12, 1959.
10. Lunn, V. Discusión del artículo Psychosomatic Accompaniments of Latent and Manifest Depressive Affect. Canadian Psy. Ass. J. 4: s113-s23, 1959.

# ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

**por HUMBERTO ROTONDO** *

La revisión de la naturaleza y extensión de las vinculaciones de la situación humana, en sus aspectos sociales y culturales, y la aparición y mantenimiento de los estados depresivos plantea algunos problema en vista de la índole heterogénea de ellas, las formas comunes de su manifestación, y las peculiares circunstancias que les acompañan.

Dichos estados depresivos se podrían distribuir en las siguientes categorías provisionales: 1) síndromes más o menos endógenos, 2) síndromes más o menos reactivos. Además conviene dejar establecido que lo reactivo no siempre depende de la influencia de una situación actual o inmediata, pues tenemos el tipo de las crisis acumulativas y, por último, no podemos olvidar la posible participación de factores dependientes de la personalidad individual y básica.

Estudios de tipo epidemiológico en poblaciones presuntas sanas obligan a efectuar otra gran división: 1) estados francamente clínicos que llegan más o menos prontamente a la consulta médica y 2) estados depresivos sub-clínicos, mitis, calificados muchas veces como simples estados de fatiga, mala salud, "fastidio" etc., y como no dignos de la atención del médico, pero que representan limitaciones de la eficiencia y bienestar personal. Los estados depresivos mitis puede decirse que son endémicos en poblaciones pobres, sobre todo de los llamados países sub-desarrollados. Estas poblaciones sufren el impacto de situcciones negativas económicas, sociales y culturales. A la miseria y la consiguiente desnutrición se agregan desplazamientos y migraciones obligadas, hacinamiento en grandes ciudades en donde no hallan lo que esperaban, creándose así desarraigo, pauperismo, miseria corporal y desmoralización.

Iniciaremos el estudio de la influencia de las situaciones sociales sobre la salud emocional mencionando el valor de una adecuada estimulación extrínseca o en otros términos el valor negativo del aislamiento. Las experiencias de privación sensorial (D. Hebb, Ph. Solomon etc.) constituyen un verdadero proto-tipo de lo que va a encontrarse luego en las situaciones naturales de aislamiento, de pérdida de personas significativas, de desarriago y separación. Se ha logrado en el laboratorio privación sensorial reduciendo la intensidad absoluta de los estímulos, haciéndolos menos estructurados o imponiendo una estructura radicalmente nueva.

---

* **División de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**

Estos experimentos muestran una dependencia del estado mental con respecto a un adecuado contacto senso-perceptivo con el mundo exterior, habiéndose comprobado en la privación sensorial provocada: primero un deseo de estímulos exteriores y de movimientos, una perturbación de la intencionalidad del pensamiento, tedio, fastidio e incluso más tarde, un cierto estado depresivo. En algún momento han experimentado cosa semejante y hasta una desorganización psicótica exploradores polares, marinos solitarios, prisioneros confinados en celdas e incomunicados. Muy afín es el estado depresivo que sigue a la pérdida súbita de la audición y que se presenta aún en personas que no tienen predisposición para la depresión.

Por otra parte tenemos situaciones de relativo aislamiento en ambientes institucionales en los que a una pobreza de transacciones interpersonales agrégase una vida monótona. Esto suele ocurrir en clausuras monacales, asilos, orfelinatos, hospitales psiquiátricos etc. lo que trae como resultado un apagamiento psicológico, un estado de tedio y una cierta depresión mitis, comunmente confundida con apatía.

La "acedia", que presentaban religiosos de estricta clausura y de la que tanto se ocuparon los teólogos medioevales con gran penetración psicologica, es de una parte simple aburrimiento y de otra sentimiento de la propia inutilidad, hastío de si mismo de típica factura depresiva.

Un relativo aislamiento social y monotonía condicionan con frecuencia estados depresivos. De este tipo son las "depresiones del marino" o las de aquellos que pasan largo tiempo, en pequeños núcleos, en puestos militares en selvas y desiertos... Aquí al espacio vital reducido se añaden monotonía, ambiente artificial, etc. Estos casos tocan el problema de la monotonía de la existencia que no extrañamente es muy frecuente en las poblaciones pobres. Sabemos, incluso a través del experimento (Karsten), que la monotonía de la estimulación exterior conduce a un estado de saciedad, que lleva al apartamiento de la actividad, a una pérdida del interés, al hastío ¿y qué decir de la monotonía que no puede modificarse?.

Lo que hemos tratado hasta este momento se ha referido exclusivamente a adultos. En niños la depresión anaclítica y el hospitalismo, que siguen a la separación de la madre (R. Spitz), son un verdadero paradigma natural de la depresión. En esencia, muestran todo el valor de las relaciones interpersonales significativas que obedecen a una necesidad típicamente humana, siempre imperiosa a lo largo de toda la vida.

Así toda pérdida de objetos valiosos, toda separación de figuras significativas, con las que se ha mantenido algún vínculo afectivo, se acompañarán de un "modelo" reactivo, que en lo íntimo es la vivencia de una pérdida o disminución de valor que afecta lo más hondo de nosotros mismos.

Aquí no nos vamos a referir en detalle al estado de pena que tarde o temprano, en mayor o menor grado, todos han de experimentar. Diremos más bien que esta es una experiencia temprana muy extendida entre nosotros y que está en relación con los altísimos índices de mortalidad propios de los países subdesarrollados, y las consecuencias de orfandad temprana. La gran mortalidad

infantil, por su parte, no deja de afectar a las madres causándoles pena y desolación que trasmiten a los hijos que les van quedando.

Entre nosotros, en la población mestiza, constituyen serios problemas además del fenómeno de la orfandad temprana, la separación precoz del hogar por migración obligada en una pequeña edad, el abandono o deserción de parte de alguno de los padres. Estas situaciones llevan a una depresión "primaria", que más tarde se reactivará con facilidad cuando se enfrentan nuevamente a situaciones de pérdida, separación y abandono.

Estas situaciones críticas se repiten con frecuencia en esa población pobre. El empobrecimiento, la descupación, la deserción del cónyuge, la separacion por migración, crean nuevas condiciones de pérdida c disminución de valor, desgarran relaciones interpersonales valiosas y colocan al individuo y al grupo familiar en situación de desamparo cuando fracasan o son ineficientes los sistemas exteriores de seguridad. No olvidemos, que además, el fenómeno de la urbanización con la consiguiente pérdida de los controles tradicionales crea situaciones de anomia y contribuye así a la desorganización social, facilitando, de esta suerte, la deserción, el abandono y el descuido de los hijos.

En todas las situaciones críticas mencionadas destaca el denominador común de una grave pérdida que resulta un peligro para la satisfacción de las necesidades vitales y una respuesta común de depresión, desaliento y demoralización, como si se hubiera puesto en marcha una forma de reacción psicobiológica fundamental.

Al mismo tiempo se constituyen verdaderos círculos viciosos pues la pobreza conduce a la desnutrición y ésta disminuye la aptitud para el trabajo. Pero asimismo la desnutrición, por su lado, condiciona depresión... Bien sabemos que tanto en situaciones experimentales de desnutrición (Keys, Brozek) cuanto en las naturales de desnutrición crónica se producen: fatigabilidad, pérdida de la iniciativa, depresión irritabilidad, mengua de la memoria etc.

Los fracasos de un tipo situacional son frecuentes cuando las posibilades de ascenso social son limitadas y las aspiraciones no coinciden con las capacidades. En los países sub-desarrollados la migración de grandes masas campesinas a los centros urbanos, sin que traigan una adecuada educación, la falta de oportunidades que encuentran, debido a un proceso incipiente e insuficiente de industrialización, condicionan inevitablemente experiencias de fracaso reiterado. Esto es lo que hemos podido comprobar en buena parte de los pobladores de una área de tugurios de la ciudad de Lima (Mendocita) y aún en barriadas marginales (Mariscal Castilla) con el acompañamiento de una altísima prevalencia de síntomas depresivos, aunque, como veremos más tarde, con ciertas variantes étnicas. Debemos agregar que casi no hallamos melancolías psicóticas, abundando en cambio las depresiones neuróticas pero sobre todo estados depresivos mitis, subclínicos, asociados a preocupaciones hipocondríacas, mal estado de salud, desnutrición.

En relación a esto de las consecuencias del fracaso conviene recordar que en situaciones experimentals (D. Rusell Davis) frente a dificultades complicadas

provocadas, la mayor parte de los sujetos de experiencia raccionaron con inercia, pérdida del interés, cansancio, insatisfacción, sentimientos de inadecuación y de disminución del propio valor, un verdadero estado depresivo experimental... Estos hallazgos coinciden con lo que uno encuentra en situaciones naturales de fracaso, sobre todo cuando les acompañan cierta impotencia y desamparo. Estas variadas comprobaciones hacen pensar en la reacción depresiva como expresión de un mecanismo biológico defensivo, una suerte de inhibición consecutiva a un prolongado o masivo "stress', lo que coincide con los interesantísimos planteamientos de Pierre Janet quien veía en la esencia del "sentimiento de la melancolía" un miedo a la acción, una suerte de inhibición reguladora o reacción de frenaje frente al fracaso.

Dentro de las situaciones de disminución, pérdida o separación de lo que es vital para una persona han de incluirse, sin duda alguna, todas aquellas que representan un desarriago, voluntario o forzoso, un alejamiento del "habitat" o del terruño, que, psicológicamente hablando, en cierto sentido pueden considerarse parte de uno mismo o, dicho de otro modo, una extensión del Yo. El síndrome de desadaptación, descrito por Carlos A. Seguín entre nosotros, representa en el fondo una reacción de tipo depresivo frente a la separación del terruño. Esta patología de la movilidad geográfica, a la cual sigue una patología de la movilidad social, es quizás más frecuente en cierto tipo de emigrante venido a la ciudad procedente del área andina y de zonas rurales, predispuesto a reaccionar de esa manera debido a sus experiencias anteriores y a las disposiciones de su personalidad básica.

Estos asuntos nos obligan a tratar seguidamente de las viculaciones de la "cultura" con los estados depresivos, pudiendo adelantar que no puede negarse alguna relación entre ésta y la frecuencia y calidad de los estados depresivos.

A comienzos de siglo Emil Kraepelin halló así un reducido número de estados depresivos entre los Javaneses. Carothers y Laubscher, por su parte, mencionan su escacez en negros africanos, con la singularidad de que no se acompañan de sentimientos de culpa. Sin embargo estos estudios no pueden generalizarse pues no mencionan el grado de destribalización o de urbanización de los sujetos. Los Hutteritas rígidas y severos anabaptistas, que viven en forma comunitaria en el norte de los Estados Uniods de Norteamérica y Canadá, tienen una patología mental predominantemente depresiva, tanto de formas psicóticas cuanto de neuróticas, con la característica de un fortísimo componente de sentimientos de culpa y de indignidad.

Para referirnos a nuestra patología podemos señalar la gran frecuencia de estados depresivos en la población mestiza serrana y probablemente en la población indígena propiamente dicha. Nosotros hemos pleanteado la posibilidad de que este fenómeno esté, en parte, condicionado por las disposiciones de una personalidad básica o modal del tipo del pesimismo oral.

En nuestro estudio de área (Mendocita, Mariscal Castilla) hallamos que los mestizos serranos expresaron con sana facilidad emociones penosas: tristeza, pena, nostalgia, lástima de sí. Fué notorio que no ocultaban sus desgracias, pérdidas o

fracasos, que lloraban y lamentaban abiertamente. Si bien en la población pobre de emigrantes provincianos hemos comprobado un verdadero síndrome depresivo "mitis" resulta más frecuente el estado de ánimo triste y la fácil reacción emocional de tristeza entre los mestizos serranos. Estas observaciones han encontrado confirmación a través de la aplicación de pruebas psicológicas en esas mismas poblaciones, (prueba de la apercepción temática, Carlos García Pacheco; prueba de Rorschach, Pedro Aliaga L.).

En una investigación de tipo epidemiológico de la población de Mendocita (Lima) se halló que se "sentían siempre desanimados y melancólicos" el 20% de los nativos de Lima, el 30% de los mestizos costeños y el 49.3% de los mestizos serranos. En esa misma muestra de población encontramos 14 reacciones neuróticas depresivas, con un fuerte componente hipocondríaco, de los cuales 2 correspondían a nativos de Lima (4.4%), 3 a mestizos costeños (3.3%) y 9 a mestizos serranos (8.05%. Esto quiere decir que en muy variadas configuraciones se hizo presente la depresión. Esto es lo que ocurre tanto en las reacciones neuróticas cuanto en las formas psicóticas, aún las orgánicas. del mestizo serrano y del indio con la peculiaridad de que en éstas como en las otras variedades de estados depresivos son frecuentes una asociación con preocupación corporal, una actitud quejumbrosa y lastimera, y los intentos de suicidios y los suicidios.

En lo que se refiere al indio fué Carlos Gutiérrez quien señaló primero este interesante fenómeno: "En las más diversas alteraciones mentales obsérvase en el indio un predominio de la actitud depresiva, con sentimientos de inferioridad ostensibles. Este es uno de los rasgos más originales de la psicología del indio andino"... El mismo investigador realizó una interesante comprobación en población hospitalaria: un predominio de reacciones maníacas en enfermos costeños y una mayor frecuencia de reacciones melacólicas en los de origen serrano o andino, con la característica de que en éstos aún la equizofrenia tenía un tinte melancólico. Federico Sal y Rosas, por su parte, en observaciones sobre la distimia de los epilépticos, halló manifestaciones depresivas más frecuentes e intensas en "las distimias o cambio endógenos del humor de los epilépticos serranos, indígenas o mestizos".

Todo buen observador ha visto triste al indígena y al mestizo serrano. aún en su propio "habitat". Recordemos los preciosos testimonios, que remontan al siglo pasado, de los grandes naturalistas y geógrafos Alcides D'Orbigny y Luis Carranza. D'Orbigny les encontró que en medio de sus fiestas de divertían "sin estar alegres" y L. Carranza destacó el fondo melancólico de la poesía indígena relacionándola a la personalidad del indio, hallando en ellos "una suave tristeza" aún en medio de los placeres...

Su canción, poesía y música están impregnados de una tonalidad afectiva melancólica o depresiva. A este propósito Luis E. Valcarcel, escribe: "con la música y el baile, la poesía completa el tríptico de expresión personal, subjetivista, en que la nota predominante, desde hace más de cuatro siglos, es plañidera, melancólica, a veces desesperada. La quejumbre no es pre-colombina, y si lo fué, sólo en mínima proporción como queja de ausencia, dulce nostalgia o como

endecha consoladora para el mal de amores, de todo tiempo y lugar... La tonalidad triste que creemos equivalente de música y poesías indias es sólo el fruto del largo cautiverio de la raza, partícipe hoy de la más amplia extensión proletaria. El indigente, el miserable, no puede ser sino triste, con la particularidad peruana de que aquí el hombre oprimido no blasfema. ni maldice; se resigna, suspira y llora. No tenemos la acritud ni la ponzoña de otros".

Con suma agudeza Valcarcel ha resaltado los rasgos modales de tristeza y pasividad del indígena, lo que se extiende también al mestizo serrano, vinculándolos certeramente a su condición de pobreza. Creemos que la tristeza como estado de ánimo dominante y como emoción fácilmente precipitada es peculiar de los integrantes de la llamada "cultura de la pobreza", para emplear una expresión del antropólogo norteamericano Oscar Lewis; cultura que se extiende por todo el mundo pero que es la dominante en los países sub-desarrollados, entre los cuales nos contamos.

A este propósito B. M. Spinley en su clásico estudio de adolescentes de una área slum del East-side de Londres halló en ellos un frecuente estado de ánimo depresivo. No piensa se trate meramente de una reacción a sus misérrimas condiciones de vida actual, sospechando, en cambio que no origine de tempranas privaciones orales...

Algo similar es lo que acontece en la población mestiza serrana, particularmente en el grupo denominado emergente o sea el de aquellos que están sufriendo un proceso de cambio cultural, aún antes de haber emigrado a los grandes centros urbanos costeños. En ellos, como hemos verificado, las privaciones orales tempranas de todo tipo en relación a situaciones de pérdida, separación, abandono y pobreza favorecieron la aparición de tempranas reacciones depresivas, lo que sin duda alguna condiciona una disposición para responder, más tarde, con facilidad cuando se enfrenten a situaciones similares.

Edith Jacobson ha formulado una interpretación dinámica, que a nuestro entender es aplicable a las formas depresivas, de tipo anaclítico, frecuentes en los mestizos "recientes" o "cholos". Sostienen que uno de los requisitos para el desarrollo de los estados depresivos es un "daño severo al narcisismo infantil a través de una combinación de desencantos de amor, ocurriendo al primer desencanto amoroso antes de haberse resuelto satisfactoriamente el complejo de Edipo... La repetición del desencanto original, en tiempos posteriores, es el acontecimiento que precipita la enfermedad... Lo que precipita la depresión primaria puede variar, pueden ser experiencias de abandono y de soledad... Los daños decisivos deben haber tomado la forma de desencanto severo en los padres en una época cuando la estima de sí, en el niño, estaba regulada por una participación en la omnipotencia de los padres"... En esa época el "destronamiento" de los padres es necesariamente un "destronamiento" del Yo del niño... El niño introyecta precozmente ambas imágenes parentales desvalorizadas lo que contribuye a crear una baja estima de sí mismo. Cuando niño, y más tarde siendo adultos, demandan provisiones exteriores narcisísticas... Anhelan una unión con una madre omnipotente... Presentan una falta de inclinación a tomar cuidado de

sí mismos y demandan que otros les presten atención... Esta demanda puede expresarse a través de una pasividad extrema o a través de un activo comportamiento oral sadista"...

Dejando al margen problemas terminológicos, la tendencia a la depresión, así como los otros aspectos (dependencia, pesimismo, disposición para la envidia, recelo etc.) de la personalidad básica del nuevo mestizo, cosa que describimos en otro lugar, resultan comprensibles a la luz de sus frecuentes experiencias tempranas de desencanto y abandono, unas veces reales otras simbólicas, en un amplio conjunto de privaciones orales de todo tipo, acerca de lo cual no podemos extendemos en este relato sumario.

## Referencias

1. Carranza, L. "Apuntes sobre la raza Indígena", s/f, Lima.
2. Davis, R. "Recovery from depressión" Brit. J. Med. Psychol. 25: 104-113, 1952.
3. D'Orbigny, A. "El Hombre Americano", Buenos Aires, 1959.
4. Eaton, J. W. & Weil, R. "Culture and Mental Disorders", Free Preess, Glencoe, Illinois, 1955.
5. Hebb, D. O. "The mammal and his enviroment", A. J. Psychiat. 111: 826-831, 1955.
6. Jacobson, E. "Contribución a la metapsicología de la depresión cicletímica" en Greenacre, Peturbaciones de la Afectividad, Hormé, Buenos Aires, 1959.
7. Janet, P. "Fear of action as an essential element in the sentiment of melancholía" en Feeling and Emotions, The Wittemberg Symposium, Clark Univ. Press, Worcerter, Mass, 1928.
8. Karsten, A. "Psychische Sattinung" Psychol. Forsch. 10: 142-254, 1928.
9. Keys, A. "Experimental Induction of Psychoneuroses by starvation" en Biology of Mental Health and Disease, Hoeber, New York, 1952.
10. Lewis, O. "Five Families", Basic Bock, New York, 1960.
11. Gutiérrez-Noriega, C. "Observaciones biotipológicas y psicopatológicas en los enfermos mentales peruanos con referencia a factores raciales y geográficos" Act. Med. Peruan. 2: 408-431, 1937.
12. Rotondo, H. y col. "Estudios de morbilidad psiquiátrica en la población urbana de Mendocita. Aplicación del Indice Médico de Cornell". Rev. Psiquiat. Peruan. 2: 242-279, 1959.
13. Sal y Rosas, F. "Observaciones sobre la distimia de los epilépticos" Rev. Neuro-Psiquiat. 12: 259-270, 1949.
14. Seguín, C. A. "Migration and Psychosomatic Desadaptation" Psycosom. Med. 18: 404-409, 1956.
15. Solomon, P. y col. "Sensory Deprivation. A. Reviev". Am. J. Psychiat. 114: 357-363, 1957.
16. Spitz, R. "Infantile Depresión and the General Adaptation Syndrome" en Depressión, Ed. por P. Hoch, New York, Grune & Stratton, 1954.
17. Stainbrook, E. "A cross-cultural evaluation of depressive reactions" en Depression, ed. por P. Hoch, Grune & Stratton, New York, 1954.
18. Valcárcel, L. E. "Ruta Cultural del Perú", Fondo de Cultura Económica, México, (1945.

# CONCEPTO DE LA DEPRESION DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICODINAMICO

por **CARLOS ALBERTO SEGUIN***

El problema de los estados depresivos se encuentra en este momento, en plena e interesante revisión. En realidad, ello no representa sino un aspecto de todo el período que la Psiquiatría está atravezando. Referirse a él, es, pues, referirse a ese vasto conjunto de acontecimientos que caracteriza el hoy de nuestra disciplina.

No pretendo, en esta oportunidad, un estudio exhaustivo del tópico, que nos llevaría muy lejos, sino solamente exponer algunas ideas que considero pertinentes.

Ha pasado ya el momento en que la Psiquiatría se dedicaba a coleccionar síntomas y describir síndromes como si ellos pudieran ser hallados como tales, separados de los seres humanos en los que se presentan. El tiempo ha forzado en ella, siguiendo el camino de todas las ramas médicas, una evolución desde la etapa descriptiva y analítica —etapa necesaria— hacía la de comprensión de lo que ocurre en el hombre en función de su totalidad, en función de su "humanidad" y a través de su biografía. La enumeración de los "síntomas" de la depresión, o de cualquier otro cuadro psiquiátrico, es completamente inútil si no se complementa con la comprensión del hombre deprimido en toda su complejidad psicosomática y social.

Los cuadros psiquiátricos deben, por lo tanto, comprenderse en su significado para el individuo y en el horizonte de su desvenir vital y no describirse como colección de manifestaciones psicopatológicas sin sentido. La depresión, pues, como cualquier otro acontecimiento psicológico, se halla en función del hombre total y solamente puede ser comprendida en esa perspectiva.

## EL ESTADO DEPRESIVO COMO REACCION BIOLOGICA BASICA

En tal espíritu, quiero exponer el primer concepto, que pongo a la consideración de ustedes: La depresión no es un síntoma: es una reacción biológica básica. Con ello quiero decir que el ser humano presenta un estado depresivo, como presenta un estado angustioso, en ciertos momentos de la vida y frente a ciertas circunstancias especiales. La depresión, como la angustia, son maneras de reaccionar, verdaderas posiciones biológicas, puestas en función ante vivencias de importancia decisiva para el individuo.

Vivimos, permanentemente, en el equilibrio inestable, equilibrio fisiológico y equilibrio psicológico. Mientras mediante "mecanismos normales", somos capa-

* **Médico Jefe, Servicio de Psiquiatría, Hospital Obrero de Lima.**

ces de mnatener ese equilibrio, estamos "sanos". Cuando los acontecimientos de la vida nos colocan en situaciones que ya no podemos manejar usando esos mecanismos normales; cuando los estímulos desequilibrantes sobrepasan la capacidad compensadora de nuestra regulación fisio o psicológica, perdemos esa "homeostasis" y enfermamos, siendo la enfermedad, en último término, el producto de la aparición de mecanismos anormales de los que el organismo se vale para tratar de compensar el desequilibrio producido.

El ser humano presenta dos reacciones típicas frente a la amenaza a su homeostasis psicosomática: la angustia y la depresión. La primera aparece cuando algún estímulo, externo o interno (quizás podría decir, más precisamente, un estímulo externo que activa uno interno) hace peligrar su equilibrio psicológico, cuando ese estímulo no puede ser manejado por medio de los mecanismos caracterológicos normales y existe el peligro, real o fantaseado, el hundimiento en la Nada. Ante la angustia, llamada urgente del Yo en peligro, se ponen en movimiento una serie de recursos psicológicos (que se traducen en síntomas) para aplacarla. Si ellos tienen éxito, nos encontramos frente a los distintos cuadros psiquiátricos que todos conocemos. Si no es así, la angustia persistirá, torturando al ser, y tendremos en ella un ejemplo de cómo un mecanismo de defensa, destinado a salvar el Yo puede, paradójicamente, destruirlo.

Pero, si la angustia se presenta ante la amenaza, la depresión aparece frente a la pérdida irreparable de algo que era decisivo para el equilibrio existencial. Ante esa pérdida, el ser humano renuncia a la lucha, se retira de la vida y se refugia en el aislamiento, mientras la conciencai de que ese camino lo conduce a la destrucción y lo llena de culpa, mantiene la desesperanza, la autoacusación y puede llegar, también paradójicamente al suicidio.

La depresión y la angustia serían. pues, dos formas de vivencia del ser frente al desequilibrio, temido o consumado; dos maneras extremas de reaccionar ante eventos vitalmente decisivos para la individualidad y la existencia.

Desde este punto de vista pueden fácilmente comprenderse, en forma dinámica, los síntomas que se presentan en estos dos tipos de vivir, No voy a entrar en ese estudio y solamente recordaré cuán luz los análisis existenciales han arrojado sobre ellos y cómo nos han ayudado a esa comprensión integral, tan necesaria.

## EL ENFOQUE FACTORIAL DE LAS REACCIONES DEPRESIVAS

Pero, si la depresión, y a ella voy a referirme, es una reacción humana, debemos estudiarla como tal, y por lo tanto, renunciar desde el comienzo al intento ingenuo de explicarla por medio de algún mecanismo aislado, sea éste genético, fisiológico, metabólico o psicológico. Debemos, por el contrario, tratar de tomar en cuenta todo el conjunto de alteraciones que caracteriza la vida del hombre.

Hace mucho tiempo que empleamos para hacerlo un planteamiento que se ha mostrado útil, ya que nos ofrece una visión, por asi decir, tridimensional del

conjunto y nos permite mantenernos en un permanente contacto con el auténtico dinamismo de la existencia.

Consideramos que toda acción vital es el resultado, no de una causa (la noción simplista de causa ha sido abandonada ya hasta por las ciencias físicas), sino de un conjunto de factores que se constelan en un momento dado. Estudiamos esos factores en tres grupos: predisponentes, determinantes y desencadenantes. Consideramos como factores predisponentes la herencia y la constitución; como determinantes todos los hechos fisiológicos, psicológicos y sociales que han influído sobre el individuo a lo largo de su vida y como desencadenantes los que, sobre la base de los anteriores, precipitan el acontecimiento vital.

Tratamos pues de enfocar las reacciones depresivas de acuerdo con este punto de vista.

Creo que la vigencia de los factores predisponentes no puede discutirse es este momento. Los trabajos de los investigadores coinciden en la afirmación de que se encuentra, estadísticamente, un predominio de reaciones depresivas (y esto especialmente cuando se trata de síndromes maníaco-depresivos) en personas en cuya familia se hallan antecedentes de similar patología.

Si esto se refiere a la herencia, algo parecido puede quizás afirmarse en cuanto a la constitución. Desde Kretschmer y Sheldon, y a pesar de afirmaciones contrarias, se ve, en la clínica, la coincidencia de la constitución o el háibto pícnico o endomesomorfo con la aparición de estos síndromes.

Es, sin embargo, la consideración de los factores que hemos llamado determinantes la que nos ofrece perspectivas amplias, ya que nos lleva a un intento de comprensión dinámica de los hechos.

Si la depresión se presenta ante la pérdida de un objeto valioso (uso la palabra objeto en el sentido que le adjudican los trabajos psicoanalíticos modernos), su aparición dependerá fundamentalmente de: a) el valor subjetivo de que objeto para el Yo y b) la capacidad de este último para resistir la pérdida.

Debemos aquí referirnos a los estudios psicológicos actuales. Es en la temprana infancia cuando el ser humano moldea sus formas de conducta y es en ella cuando aprende, por una parte, a adjudicar valor a los objetos y, por otra, a depender, en mayor o menor medida, de ellos y a sobrellevar, mejor o peor, su desaparición. Si el Yo es suficientemente fuerte o si no necesita, para su vida y su muerte, de los objetos cargados de afecto, podrá enfrentar su pérdida sin caer en la depresión. Si, por el contrario, las circunstancias de la formación de ese Yo y su relación con el mundo lo han hecho angustiosamente dependientes de ellos, esa pérdida determinará la reacción depresiva, con todas sus consecuencias.

No puedo entrar ahora en el estudio de los circunstancias que contribuyen a la fortaleza del Yo y a su necesidad de los objetos. Ello me llevaría a revisar muchas teorías y entrar en la discusión de innumerables puntos de vista. Me bastará decir que, sea ello como fuera, no puede negarse hoy la importancia de esos dos elementos en la estructuración de la personalidad.

La consideración de los factores desencadenantes no necesita, después de lo dicho. Cualquier pérdida real o imaginaria, siempre que signifique para el Yo la destrucción de una ligazón afectiva indispensable para su homeostasis, producirá la reacción depresiva.

## SOBRE LA CLASIFICACION DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS

El punto de vista que acabo de exponer nos permite, no solamente un enfoque dinámico, una comprensión amplia y una valoración humana de la reacción depresiva, sino que nos facilita la discusión de otros tópicos y, quizás la conciliación de, al parecer, divergentes opiniones.

Sintetizando lo expuesto podemos decir que los estados depresivos son reacciones psicosomáticas que, sobre la base de condiciones hereditarias y constitucionales, ocurren, en un Yo más o menos débil, ante la pérdida de un objeto cargado de valor afectivo.

Son, pues, varios los factores necesarios para la aparición del estado depresivo: a) una herencia y una constitución predisponentes; b) una debilidad del Yo y c) la pérdida de un objeto afectivamente valioso. Del peso variable de cada uno de ellos dependerá, por supuesto, la forma de presentación del cuadro. Así, mientras más carga hereditaria exista, menos importancia tendrán los otros factores, lo que quiere decir que, aún con un Yo relativamente fuerte y aunque el objeto perdido no sea de gran valor afectivo, se producirá la depresión. De la misma manera, si no hay predisposición grande pero el Yo es débil, esa reacción aparecerá sin que el estímulo sea necesariamente exagerado. Por último, ella puede presentarse aún que no exista factores predisponentes serios y el Yo sea fuerte, si la pérdida objetal reviste caracteres catastróficos.

Nos encontramos, pues, ante un continum en, el que, en un extremo, hallamos la depresiones determinadas fundamentalmente por los factores predisponentes (herencia y constitución) y, en el otro, las producidas por factores desencadenantes graves (pérdida de objetos de importancia realmente vital). Acaso sea necesario recalcar que no hay casos puros: en las primeras es siempre necesaria, en mayor o menor grado, la presencia de factores determinantes (Yo débil, valor exagerado de los objetos) y, en las segundas, una cierta predisposición, mayor o menor, asi como características especiales del Yo.

Estos conceptos nos permiten un enfoque nosográfico desde un punto de vista dinámico.

Las llamadas "depresiones endógenas" son aquellas en las que predominan los factores predisponentes. En ellas el sujeto reacciona con depresión ante cualquier pérdida objetal, debido a predisposiciones hereditarias y constitucionales. Las llamadas "depresiones reactivas", por otra parte, son las que aparecen con un mínimo de predisposición y un máximo de estímulo ambiental. Podría hablarse de "depresiones neuróticas" cuando lo que predomina en la patogenia son los factores determinantes y, entre ellos, la debilidad del Yo y la valoración afectiva exagerada de ciertos objetos.

CONSIDERACIONES PRONOSTICAS Y TERAPEUTICAS

Esta manera de ver nos permite tratar también el pronóstico desde el punto de vista dinámico. Naturalmente que él aumentará en gravedad en directa proporción con la cercanía del cuadro al extremo del continum en el que se imponen los factores predisponentes y será menos serio cuando la cercanía sea hacia el polo de los factores desencadenantes.

En cuanto a la terapéutica, fácil es comprender cómo se hace racional con la justipreciación de estos diferentes tipos de estado depresivo. En las depresiones en cuya patogenia dominan los factores predisponentes, serán los recursos dirigidos a obtener una modificación fisiológica los que tengan mayor importancia: electro-shock, medicamentos antidepresivos; en las que los factores determinantes sean los importantes la psicoterapía debe ser el recurso principal; en aquellas en las que los factores desencadenantes se destaquen, el manejo ambiental debe ser tomado muy en cuenta.

Quiero repetir a riesgo de cansar, que esto no significa, de ninguna manera, que debe usarse solamente uno de estos recursos terapéuticos. Así como en las depresiones llamadas endógenas, en las que los factores predisponentes son los más importantes. no puede prescindirse de la psicoterapia y el manejo ambiental, asi, en las depresiones llamadas reactivas, para hablar solamente de los dos extremos, no puede nunca dejarse de lado los recursos biológicos o farmacológicos, indispensables en algunos casos. Lo que sí debe tenerse siempre en cuenta es que es lo que se busca y cómo se intenta obtenerlo. Sería, por decir lo menos, optimista, pretender la modificación de los factores hereditarios por medio de la psicoterapia y sería, con una calificación moderada, ingenuo suponer que el electro-shock pueda solucionar problemas de personalidad.

Terminaré diciendo que no ha sido mi propósito, en esta sumaria presentación, resolver todos los problemas que el estudio de los estados depresivos ofrece. Soy consciente de lo esquemático de los planteamientos, que no podían ser fundamentados en el tiempo disponible, pero también de que, al tomar esta posición, estoy recalcando, una vez más, la creencia, que siempre me ha guiado, en el ser humano como una asombrosa urdimbre de potencialidades inescrutables, al que debemos acercarnos con respeto y sin exclusivismos ciegos, con el espíritu abierto a la enorme complicación de su realidad existencial y con el propósito determinado de tratar, ante todo, de comprenderlo para, luego, ayudarlo como nos corresponde.

# PSICOTERAPIA Y MEDICACION EN LAS DEPRESIONES*

**por FRANCISCO ALARCO**

Existe una tendencia muy pronunciada entre los psiquiatras a recurrir a tratamientos exclusivos, descontando el valor terapéutico de otros métodos curativos que vayan en contra de sus ideas o experiencias. Y así con frecuencia se utilizan los tratamientos biológicos y bioquímicos rechazando la psicoterapia intensiva o el psicoanálisis, y viceversa. Esta posición parcializada ciertamente daña la objetividad científica y aún más la salud del enfermo. Ya lo hemos dicho en otro lugar: "Se acepta en la actualidad que la etiología de los trastornos mentales es múltiple, que en su prevención deben tenerse en cuenta factores eugenéticos psicológicos y sociales, y que nuestra actitud tiene que estar basada en esta consideración pluralística" (1).

Algunos psicoanalistas consideran que la medicación u otros procedimientos físicos pueden incrementar las resistencias del paciente. No reparan —al menos esto es lo que se concluye de ciertos trabajos— que estas medidas en sí son capaces de beneficiar al enfermo. Sin embargo, cada vez hay menos vacilaciones para emplear métodos bioquímicos en casos determinados (3, 21).

El punto de vista que auspiciamos es que se debe trabajar con el paciente en forma tal que se enfrente a sus problemas y a la realidad sin desencadenar crisis intensas. Nos parece que es más provechoso para laborar con rapidez y facilidad el material psicoanalítico si podemos reducir la fuerza de estas descargas. Y por tanto es imperativo recurrir ciertas veces a las medicaciones que han probado sus efectos paliativos o curativos. Esta manera de pensar está bien descrita por Fenichel en otro contexto, pero que tiene vigencia en esta presentación: "El temor de discusiones teóricas (en análisis) ha llevado a sobrevalorar las erupciones emocionales y a olvidarse que tales abreacciones pueden servir también a las resistencias. Ellas permiten esfumarse a los derivados del inconsciente, mientras no se efectúa ningún cambio en el verdadero conflicto patógeno. No sólo existen erupciones emocionales espurias (como hay falta de afecto espurio), pero aún genuinas erupciones emocionales por sí mismas no son garantía de la quiebra permanente de las defensas".

* **Trabajo presentado al Simposio Nacional sobre Estados Depresivos, Lima, Perú, Octubre 1960.**

Azima en una interesante investigación estudia las modificaciones fenomenológicas de los pacientes en psicoterapia, por otros médicos, al dárseles el Tofranil. Deja establecido que "un observador con un mínimo de contratransferencia y grado adecuado de adaptación y sinceridad permanece, en los estudios relacionados con los estados psicodinámicos de la mente, el detector más seguro de cambios". El ha podido verificar los siguientes resultados: 1.— Modificaciones en la organización del ánimo; experiencia de aceleración del tiempo, movilidad de los límites espaciales y un acercamiento al mundo externo. 2.—La catexia agresiva varía de los objetos internos a los externos. Secundariamente sobreviene la reorganización de las actitudes hacia el amor y las actividades genitales. 3.— Mejor organización del Ego: habilidad de expresar agresividad, disminución del sentimiento de culpa, desaparición del deseo de ingerir alcohol y una evolución en las asociaciones de los pacientes del material de tipo oral al de tipo anal. 4.— Se vió una transformación de las preocupaciones del mundo y situaciones internas al mundo exterior y acontecimientos ambientales. Las modificaiones en las relaciones humanas las resume en esta forma: desaparición de los sentimientos de culpa y de las tendencias autodestructivas, desaparición o disminución de los síntomas hipocondriacos, aumento en concentración, iniciativa y sociabilidad.

Pichón-Riviere por su parte encuentra que el Tofranil obra bajando el monto de agresión, ansiedad, ambivalencia y culpa. La transferencia negativa disminuye (al disminuir la hostilidad) y la tarea entre paciente y psicoterapeuta se orienta hacia un nivel de mayor integración. Siente que cosas dispersas comienzan a juntarse, que cobran vida y que las entiende mejor. Se observa un gran progreso en el "insight" y el paciente llega a vivenciar la entrada en una posición depresiva, necesaria a todo tratamiento realmente eficaz.

Los casos que voy a comentar son de cuatro pacientes que han sido vistos en psicoterapia intensiva o psicoanálisis de cuatro a seis horas por semana. Algunos ya habían estado un buen tiempo en tratamiento psicológico cuando se instituyó la medicación. Como son personas que están siendo tratadas no podemos dar muchos datos al respecto. Sólo nos referimos, como es de esperar en un trabajo de esta índole, a las modificaciones producidas por el tratamiento medicamentoso en el curso de la psicoterapia.

El Tofranil (imipramina) fue suministrado por lo general de tres a seis grageas diarias (75 mgs. a 150 mgs.). Añadimos con frecuencia Sinogan (levomepromazina), en dosis progresivas hasta llegar a dos a tres pastillas al día (50 mgs. a 75 mgs.). Notamos en estos últimos casos la disminución de la ansiedad en forma notable (5, 6, 7, 25, 26). Lo que quiere decir —como ha sido referido en las publicaciones de Lambert y sus colaboradores— que el Tofranil actúa con mayor eficacia sobre el núcleo depresivo y no tanto sobre la ansiedad. Mientras que el Sinogan ejerce su acción más sobre la ansiedad que sobre la depresión. Resultados que merecen seria consideración e investigaciones ulteriores. Se debe dilucidar con precisión la fenomenología y génesis de cada uno de estos síntomas y la indagación farmacológica puede ser un instrumento muy útil para el estudio de estos hechos. En una paciente que tomaba ambos específicos le suprimimos el

Tofranil por tres días y el sentimiento depresivo surgió casi de inmediato, desapareciendo con la reanudación del tratamiento.

En las complicaciones de la medicación citamos las siguientes: una vez tuvimos que discontinuarla pues se presentaron con mayor fuerza ideas de suicidio y la enferma comenzó a manejar su automóvil en forma peligrosa: "no me importa si tengo un accidente". Otra paciente también tuvo estos "descuidos" que la pusieron en serios aprietos. Mas en esta oportunidad el Ego era mejor estructurado y pudo refrenar su manejo imprudente... Otro que por cuenta propia estaba consumiendo veinte a cuarenta centígramos de barbitúricos por la noche, al prescribírsele el Tofranil ingiere quince grageas: sobrevienen contracciones que parecen de tipo mioclónico y espasmos en los diversos miembros, especialmente en la cabeza. Y siente como si le va a dar una convulsión. Los enfermos han presentado los síntomas descritos como de inicio de la medicación, sin mayor gravedad: sequedad de la boca, sudoración, somnolencia, mareos, constipación o sed intensa. Uno de ellos continúa con sequedad de la boca y vértigos por seis semanas o más, a pesar que sólo toma dos grageas al día. No obstante esta particularidad, logra los efectos benéficos de la medicación.

## RESULTADOS

Nuestra experiencia con este reducido número de enfermos es que el Tofranil, dado por lo general conjuntamente con el Sinogan, produce un reforzamiento del Ego.

El Yo parece tener mayor energía "neutra" (11) a su disposición. Es importante anotar que no sucede este cambio por un proceso de represión —como se puede pensar—, pues el paciente continúa trayendo material significativo, incluso hechos que antes no había podido discutir por lo penosos que eran o recuerda fases de gran dolor y tormento.

María es una persona que habla con mucha dificultad y posee múltiples inhibiciones. Se suceden durante la entrevista largos minutos de silencio y llora con facilidad. Existe un gran desaliento frente a la vida. Cree que su matrimonio es un fracaso y que no hay salida mas que el divorcio. Fuertes preocupaciones hipondriacas. Continuamente se desvaloriza y acusa de situaciones muy por fuera de su responsabilidad. Después de la medicación de Tofranil y a pesar de que sólo se le prescribe dos grageas diarias (50 mgs.) se calma su estado de ánimo. Los períodos de mutismo han disminuido, si se presentan responde mejor a las preguntas que se le hacen o en su defecto no son tan prolongados. El llanto lo mismo ha aminorado y con relativa facilidad lo controla. No ha vuelto a tener sollozos irrefrenables y reiterados. Trae material suficiente, luego de instituída la terapia, para ofrecer una interpretación que la alivia mucho y a la vez le hace ver un problema en su hogar que le había preocupado desde el inicio del tratamiento, pero no habíamos comprendido su trascendencia o verdadero significado. Recuerda múltiples incidentes traumáticos con su padre: hombre enfermo, con una diabetes acentuada, que constantemente se rebela contra la dieta e inyeccio-

nes, con la constante preocupación y zozobra de madre e hija. El padre regresiona a una etapa infantil, egoista, no se fija ni comprende las necesidades emocionales de las otras personas. La paciente rememora más tarde un episodio donde ha sido abandonada por un enamorado. Episodio que antes lo había referido, pero sin experimentar tal descarga de sentimientos. Y a pesar de esta vivacidad, tiene la fortaleza suficiente para comprenderlo a la luz de la situación actual y del proceso transferencial.

La medicación acrecienta las funciones sintéticas del Yo (23) o como Pichón-Riviere lo ha dicho su poder integrativo.

María ya no procura evadir tanto, consciente o inconscientemente, las interpretaciones. Lo contrario, las integra dentro del material analítico y de sus experiencias y trae nuevas conexiones entre el presente y el ayer. Le es factible percibir que el trauma que ha sobrellevado en relación a su padre, lo está repitiendo en las figuras de su esposo e hija. Los ve como seres egoístas, que constantemente le complican la vida y que no les importa los sentimientos de los otros. Y esta repetición nos ayuda a entender con claridad las emociones que ha sufrido originalmente.

Las fronteras del Ego se fortalecen (8). El paciente puede distanciarse más de sus emociones. No se ve tan envuelto por ellas y esto favorece que pueda encarar sus conflictos. Lo mismo, existe un límite entre él y el grupo social que le permite diferenciarse de los demás.

Margarita evoca una etapa de su vida en la que sufre gran intranquilidad emocional. Conjuntamente con sus síntomas depresivos, experimenta como si un balón inflado al máximo fuera estallar o que no mediaran límites entre ella y las otras personas: las reacciones de la gente las hace suyas y los acontecimientos físicos externos repercuten de inmediato sobre su estado de ánimo. Siente que se está disolviendo en fragmentos. Como si estuviera despedazada o mutilada. Monstruosa en aspecto. Posee pánico a perder el control y dar rienda suelta a su odio y agresión. Tiene que hacer tremendos esfuerzos para no pelear con su madre, tomar un cuchillo y matar a su enamorado o salir a la calle y dejarse atropellar por un auto. Vemos que une figuradamente elementos corporales con las funciones del Ego. El que yace sin fuerza para dominar, desorganizado y en el que los linderos se están perdiendo... Ahora las cosas son distintas: la tensión ha disminuído y le es factible frenar mejor sus sentimientos. Se siente completa, atractiva y con valores propios. Las fronteras entre ella y los demás se han restaurado. Ya puede distanciarse de una situación dada y juzgarla con más objetividad. Hay pues una propensión a percibir las cosas en forma desapasionada.

Se observa que el Ego tiene mayor fuerza para enfrentar impulsos agresivos o sexuales. Y para comunicarlos al terapeuta. Se advierte que la catexia agresiva cambia de los objetos internos a los externos (4). Pero también, y esto sea quizá lo más importante, existe un mejor dominio del Yo sobre las emociones y más tolerancia a las frustraciones. Se incrementa la esperanza que va a solucionar sus problemas emocionales. Y este restablecimiento parcial le hace pensar o

fantasear en abandonar el tratamiento. Lo cual no dura mucho. Y en cambio sí lo estimula a cooperar en su análisis.

Paulina es una joven que viene al consultorio después de un intento de suicidio por barbitúricos. Se la ve triste, llorosa y muy inhibida. No puede realizar tareas de ninguna clase, o mejor dicho hay un gran desgano para ello. Se cansa pronto. No tiene amistades y la relación con sus familiares es muy precaria. Hay una fuerte desesperanza y algunas ideas hipocondriacas. Presenta pensamientos de autoacusación y depreciación. Por meses habla con extremo pesimismo de su futuro y cavila a menudo acerca de las ventajas de quitarse la vida. Se agregan a estos síntomas un insomnio reacio, anorexia y pérdida de peso. La transferencia se desarrolla de inmediato. Ella ha estado buscando ayuda y abriga la ilusión que ha encontrado alguien que la va a sanar. Los sentimientos de dependencia afloran con soltura. Y junto con ellos era de preverse, experimenta el sentirse abandonada y celos de los otros pacientes o de los familiares del médico. Estas emociones van acompañadas de gran desagrado y turbación. Y se manifiestan muchas veces por un silencio pertinaz. Se sienta en el sillón dándole la espalda al profesional, taciturna y se dedica a chuparse el dedo. Y así permanece la mayor parte de la hora. Menciona que tiene pensamientos "horribles", mas no quiere decir cuáles son. Por la noche tiene que recurrir a los sedantes para poder conciliar el sueño. En dos oportunidades ingiere barbitúricos desmedidamente. Siempre procura que alguien la vea y cuando esto no es posible llama al terapeuta con urgencia. Se percibe a través de este tipo de intentos el componente histérico de su carácter. Como las tentativas de autodestrucción se incrementan, decidimos hospitalizarla después de estar en psicoterapia intensiva por un período de cinco meses. Agregamos al Trilafón (perfenazina). que había estado tomando en forma desordenada, 100 mgs. diarios de Tofranil. Lo subimos más tarde a 150 mgs. y con posteriorridad a 225 gms. (3 grageas tres veces al día). Los efectos de la medicación y la seguridad del hospital fueron elementos favorables en el tratamiento psicológico. Trae a luz los pensamientos "horribles" que son fantasías orales y sadomasoquistas. Se observa cómo posee recursos para poner al descubierto estas fantasías y los sentimientos transferenciales. Ya no oculta los afectos hacia el médico: quiere casarse con él y eliminar a todo rival. A pesar de la mejoría, que se revela por la disminución de la angustia y el mejor ánimo, el material está cargado de tensión: refiere estos hechos con gran dificultad, llora con frecuencia y tiene fuertes remordimientos. Más o menos al mes y medio de estar en la clínica le quitamos el Trilafón y empleamos el Sinogan hasta llegar a tres comprimidos diarios (75 mgs.). Paulina siente de inmediato un gran desahogo y se preocupa desde entonces que le den estas pastillas. El desasosiego disminuye durante las horas de la entrevista. Todavía le cuesta trabajo expresar sentimientos de cariño o animadversión. Mas no con el impedimento de antes. El lagrimeo casi ha desaparecido. Los ataques de angustia han cesado. La necesidad de desvalorizarse disminuye considerablemente y comienza a realizar tareas sencillas y lecturas que para ella tienen gran significado. La relación traumática con la madre aparece: en realidad es debido a circunstancias fortuitas y a la actitud

de la madre que hacen ver inequívocamente el rechazo que le tiene a su hija. El sentirse sola ya no es tan acentuado y comienza a elaborar planes para el futuro. Ello pone en evidencia el incremento de la esperanza, elemento tan valioso en el desarrollo del individuo, y refleja el alivio que ha experimentado.

Se repara al uníscno que el Superego es más tolerante, menos severo a punitivo. La reacción del Superyo es evidente: vemos cómo se manifiesta el sentimiento de culpa no bien expresa hostilidad o deseos eróticos. Aunque acepta mejor estos impulsos o emociones.

Paulina, por ejemplo, tiene remordimientos agudos. La simple presencia de pensamientos "horribles", aunque no los declare, sirven para desencadenar vivas condenas hacia sí misma y el denigrarse o castigarse: se ve como una prcstituta que nadie puede querer o respetar, no encuentra ningún valor propio, expresa deseos de morir o suicidarse y algunas veces llega a cortarse la muñeca (en realidad son arañazos profundos). Después de la medicación, la crisis se aminoran en forma notable y comprende —se deja entrever, aunque no lo dice— que los impulsos eróticos tienen algún mérito y que el deseo de estar junto a mí es necesario para su curación. Esto contribuye a que confiese sentimientos tiernos y admita la hostilidad sin que despierte reacciones extremas.

Análogos conflictos básicos con respecto al mundo ambiente que antes se habían sospechado, se exteriorizan con autonomía y es capaz de expresar amor o desagrado en situaciones específicas. Azima lo conceptualiza, hemos subrayado, como un cambio de las preocupaciones del mundo y situaciones internas al mundo exterior y acontecimientos ambientales. Se moderan las reacciones a las interpretaciones o circunstancias que con prioridad habían causado acerba frustración, agresividad o terror.

Carlota es una mujer atractiva, muy inhibida y ansiosa. Acude al médico por una crisis depresiva. No disfruta de energía para ocuparse de los menesteres de la casa, se siente fatigada, sin ganas de trabajar. Evade estar con amigos. Le ocurren períodos de llanto sin motivo aparente. Experimenta fuertes sentimientos de culpa. No puede dormir y su apetito se ha reducido en forma perniciosa. La paciente tuvo un episodio parecido hace un año y fue hospitalizada. A través de la historia, se notan síntomas depresivos desde la infancia, los que combate con una vida sumamente ocupada en actividades sociales o deportivas. Encontramos que ha sufrido jaquecas en la adolescencia y de una úlcera al estómago que le sobreviene a los dos meses de su matrimonio. Los síntomas ulcerosos se agravan de manera gradual, sobre todo cuando está "nerviosa", se producen hemorragias por lo que requiere dieta especial, y a la postre una operación. No tiene mucho que decir luego que ha proporcionado la historia clínica. Se la ve tensa, las manos fuertemente apoyadas en el brazo del sillón, comienza a rascarlo, los músculos de la cara contraídos, son a veces bastantes expresivos y los gestos que realiza son los primeros indicios de su irritación. El enfrentarse a cualquier sentimiento —sea de ternura o animosidad— despierta en ella una reacción de pánico. Demuestra de inmediato deseos de irse del consultorio y retornar a su lugar de nacimiento. En estas circunstancias, comenzamos a dar el Tofranil, mas a los

pocos días lo interrumpimos por precaución pues presenta ideas de suicidio. La transferencia de tipo dependiente está bien establecida, empero harto penoso admitirla. Es muy expuesto para ella aceptar una situación de pasividad. Las relaciones tienen que ser superficiales y de poca monta. El mismo marido si se acerca mucho afectivamente encuentra pronto su rechazo. Imagina que los sentimientos hacia el profesional le exponen a situaciones arriesgadas, si bien ve la necesidad de la terapia. Al salir del consultorio, se siente desamparada y de manera paulatina empieza a beber con tal exceso que decidimos hospitalizarla. A las tres semanas de su ingreso, se inicia la medicación con Tofranil (100 mgs.) y Sinogan (75 mgs.) El resultado ha sido satisfactorio. La estructura de la neurosis y los síntomas existen, aunque atenuados. Ahora habla con más tranquilidad de su apego o enemistad hacia le terapeuta. La inhibición es visible: todavía conversa con dificultad, pero le es posible vencerla con mayor habilidad, sea por ella misma o ante mis preguntas. Los sentimientos hacia la madre salen a la superficie y pueden ser explorados. Son los que en realidad constituyen el núcleo del trastorno de su personalidad. Es una madre insegura, que a la muerte del esposo se dedica a llevar una vida social muy intensa. Cuida de todos los requerimientos materiales de los menores. Los infantiliza al no poderles dar la seguridad emocional necesaria y al exigirles que sigan sus "consejos" so pena de disgustarla y que se aparte emocionalmente de ellos. La paciente comienza a apreciar esta situación en forma retrospectiva: cómo no aprendió a solucionar sus problemas por ella misma. Y tuvo que someterse, por temor a perder el cariño de la madre a sus caprichos y restricciones. Conforme tiene una visión clara y analiza los sentimientos negativos hacia su madre, los expresa también en relación a otras personas: ordena a las empleadas en forma irritada. a la enfermera le tiene gran antagonismo porque se mete demasiado en sus cosas, a una amiga que trata de interferir en su vida privada se atreve un día a ponerla en su sitio. Y con estos ensayos de no dejarse dominar por otros y de tratar de imponerse a circunstancias diversas, va experimentando una franca recuperación. Ya sale del hospital y pasa el fin de semana en casa sin necesidad de recurrir a bebidas alcohólicas. El material sobre el pasado viene con fluidez. Y es capaz de percibir las conexiones entre la actual y el pretérito. La actitud hacia el médico que solía verla como reacción genuina, la comprende ahora en relación a los sentimientos que le ha tenido a su madre y a la consecuente depresión infantil.

La transferencia no sufre modificaciones substanciales. Aunque como experimenta mejoría ve al médico con agradecimiento. French diría que existe una conducta más ajustada a la realidad, que está utilizando la relación con el terapeuta en forma racional. Esto ha facilitado en una paciente, por ejemplo, el estudio de fantasías sexuales infantiles que al principio habían causado gran desazón... Menciona otra que los sentimientos hacia el facultativo han variado: antes tenía deseos terribles que la acariciase, o de cometer un desliz con él. E iban acompañados de temor o culpabilidad. Ahora lo quiere en otro sentido, es algo más profundo: sabe que requiere de su ayuda, lo respeta y tiene fe en él. Lo que va ligado a un amor entrañable y gran sosiego espiritual... Confiesa una tercera que

al empezar el Tofranil experimenta cierta desilusión en el psiquiatra. Primero lo ve en una posición omnipotente. Y sufre una decepción al prescribírsele la droga. El no lo puede todo. Ya no está únicamente en manos del profesional. Y le produce rebeldía al perder ese estado de entrega absoluta. A la vez. el médico está llano a admitir que no es el único factor que interviene en su curación, sino que precisa de algo ajeno a él. Lo que le da cierta seguridad y le proporciona una imagen más auténtica del terapeuta.

En otras ocasiones, la gragea —como la interpretación— se convierte en una prolongación simbólica del médico. Y adquiere un significado de alimento favorable o dañino de acuerdo al ánimo del sujeto. Una paciente tiene este sueño: "El médico le está dando un coctel de un tranquilizador. Le dice que es para disolver sus defensas. Y ella lo bebe con gusto".

La seguridad en el médico se acentúa y por tanto es capaz de confiar en él. Secundariamente, esta confianza reduce la fuerza de los mecanismos de defensa y sirve en esta sazón a la expresión de conflictos y memorias traumáticas que no se han revelado. Los sentimientos de hostilidad y antagonismo son patentes y asequibles a un examen cuidadoso. Ya son gobernados mejor por el principio de la realidad —juzga que estos sentimientos son exagerados— y es factible por tanto el análisis de la neurosis transferencial.

Carlota adquiere tranquilidad en la relación con el profesional y abriga un sentimiento de dependencia hacia él. Esta serenidad hace que pronto aparezca un odio tormentoso. Un día sale de permiso por pocas horas y no regresa. Tiene terror que el terapeuta la vaya a regañar o castigar. No comprende en el fondo por qué se siente así pues conoce bien su manera de reaccionar. Pero tiene tales visos de realidad. Se rebela contra el tiempo que con anticipación se había delimitado: "Le voy a enseñar a ese médico que yo puedo hacer lo que quiero". Y sin embargo, experimenta un temor profundo a perder su cariño. El escrutinio de este episodio fue sencillo. La paciente ve con nitidez que estos sentimientos en su génesis fueron dirigidos hacia su madre, pero siempre los oculta y se conduce como una niña obediente y digna de alabanza por su conducta ejemplar. La madre no tolera que no sigan sus recomendaciones, al punto se resiste y encierra en un mutismo tenaz, demostrando claramente su disgusto. Y en la actualidad, ella espera la misma reacción del terapeuta.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Hemos apuntado a través de este ensayo que la medicación ha contribuído en forma valiosa al tratamiento psicológico. Los hechos fenomenológicos o dinámicos que hemos descrito en el restablecimiento del paciente se hallan en cualquier psicoterapia intensiva. El valor que tiene la medicación es pues acortar el período de tratamiento. Nos viene a la mente los reparos que se le hizo a la psicoterapia "breve" o flexible en sus inicios (14). En nuestro caso, no es la modificación de la técnica lo que nos concierne, pero sí la reducción del tiempo de terapia y el dolor del paciente. Se requiere mayor experiencia y habilidad para conducir esta clase

de sesiones que en el psicoanálisis clásico. Aquí la velocidad fácilmente produce contingencias inusitadas. Podemos decir que la medicación pone en nuestras manos un vehículo de mayor potencia que nos lleva con prontitud. pero que es susceptible de sufrir un serio accidente si nos descuidamos en su manejo o si no sabemos conducirlo con destreza. De todos modos, la preparación del médico en las técnicas de psicoterapia debe ser inobjetable. Y la responsabilidad se va a acrecentar con el uso combinado de ambos elementos de trabajo.

No sabemos todavía los riesgos que lleva aparejada la introducción de este tipo de medicación en la psicoterapia. No se conoce el grado de firmeza de la mejoría, ni las condiciones para conservarla, ni poseemos la experiencia suficiente para dosificar las interpretaciones bajo estas circunstancias. Se observa que acuden con mayor rapidez memorias traumáticas o episodios depresivos, y no gozamos por ahora de la práctica adecuada para saber el beneficio o menoscabo que pueda ocasionarle al verse expuesto a estos fenómenos sin estar idóneamente preparado. Un paciente, verbigracia, tuvo una reacción psicosomática y tal vez ello se debió a la presteza con que se sucedieron los recuerdos y el revivir un período de su niñez. En otro caso, no obstante "forzamos" las interpretaciones, que antes hubieran producido temor excesivo o huída del análisis, y los efectos fueron propicios. Existe la posibilidad, asimismo, que el enfermo al sentirse aliviado tenga la tentación de abandonar el tratamiento antes de estar listo para ello, con peligro de futuras recaídas.

Hoff ha señalado que es probable que los efectos secundarios de la droga sean explotados y transformados en síntomas conversivos. Y agrega que en las depresiones neuróticas la medicación debe ser usada con la mayor circunspección, y cuando el contacto con el profesional se haya establecido sobre bases sólidas.

Hoch por su parte dice que es verosímil que como consecuencia de la eficacia de los fármacos el rol de la psicoterapia de soporte va a disminuir. Y por ende los esfuerzos terapéuticos se concentrarán más en los problemas de organización de la personalidad y conflictos internos. Y será más factible ayudarlo a adaptarse a las situaciones ambientales que tengan significado en provocar o precipitar depresiones.

Los resultados prácticos hasta hoy son favorables. Estuvimos al borde de considerar en dos circunstancias que no eran sujetos susceptibles de ser psicoanalizados y que sería conveniente contemplar un tratamiento paliativo. Gracias a la medicación hemos continuado la dilucidación de sus problemas en forma más provechosa o al menos donde se percibe un avance paulatino. Es factible por cierto que la labor que se había realizado haya servido para integrar el material en esta oportunidad. Lo que acabo de mencionar —si es dable comprobarlo con mayor rigor científico— tiene gran importancia pues quiere decir que muchos individuos que antes no parecían analizables, por la estructura débil del Ego, lo lo van a ser en el futuro . Fuera por supuesto del valor inestimable que tiene el acortamiento de las horas de terapia, lo mismo que la aminoración del sufrimiento del paciente.

La aceleración y vigorización de la psicoterapia por la medicación, además de sus aspectos utilitarios, entraña la dilucidación de problemas de orden teórico. La rapidez con que se inducen los cambios, la disminución de las reacciones secundarias y de defensa adventicias nos dan un índice patente de los mecanismos del proceso de curación. Y nos hacen percibir las conexiones entre los distintos fenómenos con mayor certeza. No es lo mismo observar una modificación a través de los meses o años, que percibirla en pocas semanas. Las reacciones adversas causadas por la interpretación, por ejemplo, disminuyen. Las resistencias no se manifiestan con la antigua intensidad. Y vemos mejor las relaciones entre el material analítico y las interpretaciones. No me refiero específicamente en este momento al proceso de curación en sí, pues no conocemos todavía si se va a abreviar en forma cuantiosa el tiempo que se necesita, lo que es plausible. Señalamos sólo que descubrimos más concreta y abiertamente las relaciones dinámicas entre el Ello, Yo, Superyo y medio ambiente.

Uno se pregunta qué correlación existe entre el estado del Ego y la expresión de sentimientos amorosos y agresivos. Da la impresión, por lo que hemos podido observar, que primero ocurre el reforzamiento del Ego, subsiguientemente la aparición de sentimientos positivos, y en última instancia los negativos. El paciente se siente con mayor energía o entusiasmo y la fe en el médico se incrementa. Los impulsos sexuales se presentan a un nivel más avanzado de organización. Casi en el mismo decurso, revelan actitudes que equivocadamente se las confunde con sentimientos "negativos". Nos referimos a la afirmación de sus propios deseos o valores, que en este lapso no puede exteriorizarlos con acierto y que lo lleva por caminos nocivos a su salud. Una vez pasada esta primera etapa, aparece la rebeldía y agresividad hacia el contorno social. Y concomitantemente, el temor a perder el afecto de los seres queridos, la ansiedad de su propia destrucción, sentimientos de culpa, arrepentimiento o reparación. Es en esta fase del tratamiento donde se traslucen los sentimientos que pertenecen a la posición depresiva" y/o a la "posición paranoide" (Klein). Conforme se resuelven los conflictos, gracias a las experiencias favorables, sobre todo dentro del proceso transferencial, se canalizan las emociones que en el inicio parecen dirigidas pura o predominantemente a competir, atacar, destruir o aniquilarse. Conjeturamos pues que al principio viene la estructuración y reforzamiento del Ego. Más tarde la expresión de sentimientos amistosos y cariñosos. Luego la hostilidad. Y a continuación los conflictos depresivos y paranoides infantiles. Y que esto es posible tanto por la vigorización del Yo como por la confianza que ha adquirido en el médico.

Es conveniente recordar los trabajos de Kris sobre el proceso creador: el artista es capaz de echar mano de su Ello en virtud de un proceso regresivo temporal, con más libertad y sin que le produzca mayores perturbaciones o torturas que a otras personas. Son las funciones del Ego peculiares al artista lo que hace factible que este material sea elaborado y surja como obra de arte. No es que el artista tenga necesariamente conflictos más o menos profundos que otros. Puede

o no tenerlos. El hecho es que su Ego posee cualidades que hacen posible que los elementos se integren en forma valiosa.

Pensamos que con estas medicaciones, mutatis mutandis, sucede el mismo fenómeno. Se incrementa la capacidad sintética del Ego y ejerce su función mediadora con mayor eficacia. No se deja envolver por las emociones y las canaliza adaptándolas a la realidad interna y externa. No se sobrecoge frente al medio social pues el sentido de la realidad se ha incrementado. Y de acuerdo con esto el Superyo, aquella función que se alimenta de la agresión producida en cualquier territorio psíquico, aminora su crueldad. Se presentan en tal guisa conflictos o traumas que antes no habían podido expresarse directamente. Y es viable su reanimación y disolución, debido a la energía neutra disponible, a la nueva capacidad organizadora del Ego y a la confianza depositada en el terapeuta.

## RESUMEN

Hemos encontrado que la medicación por el Tofranil y Sinogan produce un reforzamiento del Ego y así acrecienta sus funciones sintéticas. El paciente se distancia de sus afectos y no se ve tan envuelto emocionalmente en relación a los demás. Posee un sentido más ecuánime de esta suerte, de los acontecimientos del momento. El yo tiene mayor energía para enfrentarse a los impulsos agresivos o sexuales. Es indudable que la catexia agresiva cambia de los objetos internos a los externos. Pero existe primariamente un mejor gobierno del Yo sobre los instintos y emociones, a la vez que una mayor confianza en el médico. Se nota asimismo que el Superego es más tolerante y admite la expresión de sentimientos que antes habían producido gran ansiedad y remordimiento. Con relación al medio ambiente, se exteriorizan los mismos conflictos básicos, aunque se facilita la descarga de memorias traumáticas, síntomas neuróticos o psicóticos. El principio de la realidad al estar mejor asentado puede reorganizar o integrar estos efectos en el marco de la situación actual. Y así ayudar al restablecimiento en un tiempo más breve.

La experiencia es corta para juzgar con objetividad las ganancias o riesgos de la medicación. Si se comprueba en el futuro con mayor rigor científico los efectos favorables que hemos verificado tendrá una importancia considerable, pues será factible psicoanalizar casos que antes parecían irreductibles, disminuirá el tiempo de tratamiento —lo que tanto se ha venido buscando—, y sobre todo se habrá atenuado ampliamente el sufrimiento del paciente. Se necesita asimismo mayor práctica para aquilatar los peligros que la medicación entraña: el exponerlo a conflictos cuando aún no está lo sificientemente preparado, el que abandone el tratamiento antes de estar listo para ello, etc.

Por último, se compara la actividad vigorizada del Ego con las condiciones inherentes al proceso creador (Kris) y hacemos notar que la medicación no origina una represión o una disolución de los conflictos, sino más bien da oportunidad al sujeto que se enfrente a ellos dentro de circunstancias más favorables, lo que puede ser aprovechado adecuadamente por el psicoterapeuta.

## BIBLIOGRAFIA


1. Alarco, Francisco: El Hospital Psiquiátrico de Niños, Revista de Neuro-Psiquiatría, t. VIII, Nº 2, 1945.
2. —————: Algunas Observaciones sobre el Psico-análisis Contemporáneo, Revista Psiquiátrica Peruana, Vol. 1, Nº 1. 1957.
3. Alexander, Franz: Psychosomatic Medicine, W. W. Norton & Comp. Inc, New York, 1950.
4. Azima, H.: Psychodynamic Alterations Concomitant With Tofranil Administration. Canadian Psychatric Association Journal, Vol. 4, Montreal, 1959.
5. Delay, Jean, Deniker, P. et Mlle. Lemperiere, T.: Les Nouvelles Chimiothérapies des Etats Dépressifs et Melancoliques: L'Imipramine.— Presse Médicale, T. 67, Nº 23, 1959.
6. Delay, J. Deniker: Efficacy of Tofranil on the Treatment of Various Types of Depression: A Comparison with Other Antidepressant Drugs, Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 4, Montreal, 1959.
7. Deschamps, A. et Mme Madre, J.: Traitment en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044 R. P.).— Presse Médicale, T. 65, Nº 46, 1957.
8. Federn, P., ed. Weiss, E.: Ego Psychology and the Psychosis, Basic Books, N. Y., 1952.
9. Fenichel, Otto.: Problems of Psychoanalytic Technique (1939), The Psychoanalitic Quartely, Inc., New York, 1941.
10. French, Thomas: The Transference Phenomenon, en Psychoanalytic Therapy, eds. F. Alexander y T. French, The Ronald Press Company, N. Y., 1946.
11. Hartmann, Heinz: Notes on the Theory of Sublimation, The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. X, 1955.
12. Hoch, Paul H.: Psychodynamics and Psychotherapy of Depressions, Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 4, Montreal, 1959.
13. Hoff, Hans: Indications for Electro-shock, Tofranil and Psychotherapy in the Treatment of Depressions, Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 4, Montreal, 1959.
14. Institute for Psychoanalysis: The Proceedings of The Third Psychotherapy Council, Lakeside Press, Chicago, 1946.
15. Klein, Melanie: A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States (1935), Mourning and its Relation to Manic-Depressive States (1940), en Contribution to Psychoanalysis, The Hogarth Press Ltd., 1948.
16. Kris, Ernest: Psychoanalitic Explorations in Art, International Universities Press, Inc., New York, 1952.
17. —————: Neutralization and Sublimation: Observations in Young Children. The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. X., 1955
18. Lambert, P. A., Beaujard, M., Broussolle, P., Perrín, J., Berthier, C., Balvet P. Revol, L et Requet, a : Essais térapeutiques d' un nuoveaau dérive de la phenotiazine: la lévomépromazine ou 7044 R. P.— Annales Médico Psychologiques, T. 2, No. 2, 1957.
19. Lambert,Pierre A.: Les Etats Depressifs. Les Depressions Psychotiques (mélancolies et depressions non melancoliques), Syntheses Cliniques, Monographies Médicales et Scientifiques, Paris, 1960.
20. León, Carlos A.: Modalidades depresivas en las reacciones psiconeuróticas y psicopáticas, Archivos de Criminología, Neuro-Psiquiatría y Disciplinas Conexas, Vol. VIII, No. 30, Quito, 1960.

21. Levine, Maurice: Principles of Psychiatric Treatment, eds. F. Alexander y Helen Ross: Dynamic Psychiatry, The University of Chicago Press, 1952.
22. Matte Blanco, Ignacio: Aspectos psicosomáticos de la Depresión, Acta Neuro-Psiquiátrica Argentina, 1960 (en prensa).
23. Numberg, Herman: The Synthetic Function of The Ego, International Journal of Psychoanalysis, 1931.
24. Pichón-Riviere, Enrique J.: Empleo de Tofranil en psicoterapia individual y grupal, Acta Neuropsiquiátrica Argentina, 1960 (en prensa).
25. Racamier, P. C., Carretier, L. & Sens, C.: L'Imipramine (Tofranil) dans le Traitement des Etats Depressifs, Semaine Therapeutique, Nº 8, 1959.
26. Sigwald J., Henne M., Bouttier, D., Raymondeaud, Cl., et Mlle. Quetin, A.: Activité d' un nouvelle phénothiazine en psychiatrie et en neurologie: propietés thérapeutiques du maléate acide de lévomethoxy-3 (diméthylamino-3' methyl-2' propyl-10 phenothiazine (7044 R. P.). Presse Médicale, T. 64, Nº 87, 1956.

# DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DEPRESIONES EN MEDICINA GENERAL *

**Por Raúl Jerí ****

## INTRODUCCION

En la práctica general de la medicina pueden presentarse dos problemas relativamente comunes: 1º) enfermos que acuden al médico quejándose de síntomas somáticos y en que realidad padecen de reacciones melancólicas y, 2º) pacientes referidos por manifestaciones aparentemente depresivas, cuya investigación somática revela que están aquejados de graves enfermedades orgánicas. Interesa por tanto conocer los criterios que pueden servir para esclarecer estos dos tipos de condiciones morbosas. Lehmann (1) distingue tres síntomas primarios en todo cuadro depresivo: a) estado de ánimo triste y desesperado; b) disminución de la productividad mental con reducción de los impulsos; y c) retardo o agitación en el campo de las expresiones motrices. En este trabajo sólo hemos calificado como depresivos a los desórdenes que presentaban los tres síntomas esenciales mencionados. Existen, naturalmente, otras manifestaciones clínicas, que podrían llamarse secundarias, tales como sentimientos de desesperanza, preocupaciones hipocondríacas, vivencia de despersonalización, comportamiento obsesivo-compulsivo, ideas de auto-desprecio, delusiones nihilistas o paranoides, pseudo-percepciones, tendencias y rumiaciones suicidas, así como disturbios funcionales, en el sentido de insomnio, anorexia, pérdida de peso y anormalidades autonómicas, metabólicas y endocrinas. Las molestias secundarias pueden presentarse en muchos otros síndromes psiquiátricos y por lo tanto no tienen valor diagnóstico diferencial. Los síndromes melancólicos, con base o complicación o asociación orgánica, exhiben los síntomas primarios de la depresión pero, la exploración somática demuestra enfermedad cerebral, glandular, tumoral, infecciosa o cutánea. Ciertas encefalopatías, tales como la arterioesclerosis, la neuro-sífilis (especialmente la parálisis general progresiva), los tumores cerebrales, los traumatismos craneales, la parálisis agitan-

---

* Comunicación al Simposio Nacional sobre Estados Depresivos, Lima, 15 de octubre de 1960.

** Médico Jefe, Departamento de Psiquiatría, Hospital de Policía; Consultor Psiquiátrico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima.

te (post-encefalítica, idiopática o medicamentosa) pueden iniciarse o cursar con manifestaciones francamente depresivas.

Pero también existen melancolías asociadas a enfermedades extracerebrales. Todos los clínicos saben que las infecciones pueden dar lugar a profundas manifestaciones depresivas, especialmente sucede así con la influenza, la tuberculosis pulmonar, la tifoidea, la brucellosis. Las colagenosis, de manera preferencial la dermatomiositis y el lupus sistémico, pueden ocasionar cuadros de hondo y patológico abatimiento. Muchas endocrinopatías se acompañan, asimismo, de tristeza exagerada con reducción de la actividad mental, nos referimos a la hipoglicemia, causada por hiper-insulinismo primario o por tumores del páncreas; a los desórdenes hipofisarios adrenales o hipotalámicos, tales como el síndrome de Cushing, los adenomas cromófobo, basófilo o eosinófilo; el hipertiroidismo o el hipotiroidismo, el hiperparatiroidismo, el síndrome adiposo genital y la enfermedad de Addison. Las cardiopatías ocasionan cuadros melancólicos, especialmente en casos crónicos o resistentes al tratamiento, ya sea por insuficiencia cardíaca, trombosis coronaria, carditis reumática, arterioesclerosis, trobcangitis o hipertensión arterial.

El número considerable de suicidios por cáncer revela la gravedad de los estados depresivos asociados a los tumores malignos, linfomas y leucemia. Los enfermos atentan contra su vida cuando la enfermedad cursa de manera desfavorable o después de operaciones mutilantes, invalidantes o desfigurantes (29).

Los dermatólogos están acostumbrados a observar reacciones pesimistas y sombrías en enfermos que padecen de lesiones cutáneas, especialmente en la cara, como sucede en la leucemia cutis, el eritema multiforme, el rinofima, la mycosis fungoides, la lepra lepromatosa, los gomas sifilíticos, el vitíligo, el lupus pernio, los epiteliomas, acné varioliformis y muchas otras condiciones desfigurantes, finalmente, ciertas drogas, usadas en la práctica médica general y en la psiquiatría pueden precipitar reacciones melancólicas. Nos referimos a diversos compuestos tranquilizadores, la corticotrofina, la cortisona y la reserpina (2).

En consecuencia, el diagnóstico de las depresiones, ya sean funcionales u orgánicas, requiere minucioso examen del enfermo, en especial con respecto a factores genéticos, caracterológicos, fenomenológicos, psicodinámicos y somáticos. Ninguno de éstos aspectos debe descuidarse para poder llegar a una formulación apropiada. El interés en el correcto reconocimiento no es sólo académico. Las investigaciones hechas en los últimos años han demostrado que, el buen éxito en el tratamiento de las depresiones depende de un diagnóstico relativamente exacto, y no pocos fracasos o complicaciones débense a haber pasado por alto importantes matices del caso individual.

Sería ambicioso y vano intento el tratar de revisar en esta ocasión, aunque fuera someramente, el estado actual de la terapéutica de las melancolías en medicina general. Sólo nos limitaremos por tanto a describir un pequeño ensayo, realizado hace poco, tratando con imipramina algunas reacciones depresivas observadas en el Hospital de Policía, en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y en la práctica particular del autor.

## METODO Y RESULTADOS

### A) Datos de Todos los Enfermos Tratados.

El experimento comenzó el 1º de abril y concluyó el 30 de setiembre de 1960. Hemos estudiado el efecto de la imipramina en un grupo de 39 pacientes con manifestaciones depresivas. Las edades fluctúaban entre 20 y 86 años, siendo la edad promedio de 52 años. Los diagnósticos correspondían a 5 depresiones involutivas, 7 depresiones endógenas, 18 depresiones reactivas y 9 depresiones con asociación orgánica. Todos los pacientes recibieron la droga, como única

**Cuadro Nº 1 — Clasificación de los síndromes depresivos**

1. Reacción Psicótica Involutiva: Melancólica, Paranoide.
2. Reacción Maniaco-Depresiva
   A. Maniaco-depresiva, maniaca: hipomaniaca, maniaca, delirante.
   B. Maniaco-depresiva, depresiva: simple, severa, estupurosa
   C. Maniaco-depresiva, otras: mixta, circular, maniaco-estupurosa
3. Depresión Reactiva Psicótica: Del Adulto; Del Niño: depresión anaclítica.
4. Reacción Esquizofrénica, forma esquizo-afectiva.
5. Reacción Psiconeurótica Depresiva.
6. Depresiones inducidas por drogas: clorpromazina, reserpina, cortisona, tetracloruro de carbono, d-LSD 25.
7. Depresiones precipitadas por enfermedad cerebral demostrable: sífilis cerebral, tumores, traumatismos, senilidad, parálisis agitante, enfermedad de Alzheimer, Parkinson post-encefalítico.
8. Depresiones asociadas a enfermedades extra-cerebrales.
   A. Infecciones: influenza, tuberculosis, tifoidea, brucellosis.
   B. Endocrinopatías: hipoglicemcia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndromes de Cushing, adenoma cromófobo, hiperparatoroidismo, síndrome adrenogenital, enfermedad de Addison.
   C. Cardiopatías: infarto del miocardio, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva.
   D. Neoplasias: primarias y metastásicas.
   F. Mutilaciones extensas, invalidantes o genitales.

medicación, por vía intramuscular en los primeros días, y por vía oral en la mayor parte del tratamiento. El tiempo mínimo de administración fué de un mes, algunos casos lo han recibido hasta por tres meses consecutivos. La dosis variaba de 75 a 300 mgs. diarios, predominando una administración de 200 mgs. en las 24 horas. El total de los enfermos fué atendido en los hospitales, mientras guardaban cama, cuando menos los 8 primeros días

Los resultados generales del tratamiento fueron graduados en seis categorías: 4, remisión completa; 3, mejoría marcada; 2, mejoría moderada; 1, muy pequeña mejoría; 0, sin ningún cambio; y —, empeoramiento. Siguiendo este esquema hemos hallado los siguientes efectos con el tratamiento exclusivamente a base de imipramina:

En otras palabras, logramos resultados buenos en el 20% de los casos, moderadamente buenos en el 25%, malos en el 28%, y el 10% empeoraron durante la administración de la droga.

En 21 pacientes se notaron cambios secundarios, que consistieron en náuseas, sequedad de la boca, vértigo, taquicardia, temblor, contracciones mioclónicas, disturbios en la acomodación, somnolencia y cefalea occipital. Sólo en dos adquirieron intensidad suficiente como para interrumpir la administración del fármaco. No hemos observado episodios de hipomanía (21), agranulocitosis, convulsiones ni ictericia en nuestra serie (21, 22).

**CUADRO Nº 2.— Resultados Generales del Tratamiento con Imipramina**

| Grado de Respuesta | Nº casos | % |
|---|---|---|
| 4 | 4 | 10 |
| 3 | 4 | 10 |
| 2 | 10 | 25 |
| 1 | 6 | 2 |
| 0 | 11 | 28 |
| — | 4 | 10 |

**B) Datos del grupo con doble control.**

En un grupo de 20 pacientes se procedió de acuerdo a un plan especialmente elaborado, para tratar de investigar el efecto del remedio sobre las depresiones, complicadas con enfermedades somáticas, relativamente severas.

Las afecciones orgánicas asociadas en los 39 casos eran las siguientes:

| | |
|---|---|
| Obesidad | 5 |
| Hipertensión arterial | 4 |
| Parkinsonismo | 3 |
| TBC pulmonar | 3 |
| Diabetes mellitus | 3 |
| Epilepsia criptogenética | 3 |
| Arterioesclerosis | 3 |
| Trauma Cráneo-encefálico | 2 |
| Adenoma prostático | 2 |
| Cáncer del testículo | 1 |
| Cáncer de la vesícula biliar | 1 |
| Cáncer de la vejiga urinaria | 1 |
| Cáncer de la parótida | 1 |
| Cáncer del cuello uterino | 1 |
| Cáncer del pene | 1 |
| Cáncer del labio superior | 1 |
| Cáncer de la mama | 1 |
| Adenoma cromófobo hipófisis | 1 |
| Mycosis fungoide | 1 |
| Leucemia mieloide | 1 |
| Cirrosis hepática | 1 |

Los pacientes elegidos para el ensayo con placebos e imiprámina estaban afectados de arterioesclerosis, adenoma prostático, cáncer en varias localizaciones, adenoma cromófobo, mycosis fungoide y leucemia mieloide crónica.

El procedimiento en este último grupo consistió en administración de placebos durante un mes. En los primeros quince días dábamos 4 grageas diarias; en los últimos quince días proporcionábamos 8 grageas en las 24 horas. En algunos casos inicióse la aplicación de placebos con inyecciones intramusculares.

Durante el segundo mes, los enfermos recibían durante 15 días 4 grageas diarias, cada una de 25 mg., de imipramina. En los últimos 15 días del ensayo aumentamos la dosificación a 8 grageas en las 24 horas. Algunos enfermos fueron tratados al principio de la dosificación activa con ampollas de 25 mg. de G. 22355 (imipramina).

El personal de médicos y enfermeras ignoraba la dosis o calidad de sustancia administrada. Las ampollas de placebo o del fármaco, eran entregadas a las enfermeras sin etiqueta. Las grageas se proporcionaban en frascos sin membrete, de color marrón oscuro, completamente idénticos unos a otros. Las grageas de sustancia inerte y principio activo, tenían también un aspecto exactamente igual unas a otras. El autor era la única persona que estaba enterada de la clase de sustancia administrada.

El comportamiento de los enfermos fué mensurado antes, durante y después del ensayo mediante la escala de Hamilton (13). Esta tabla ha sido diseñada exclusivamente para usarla con pacientes que sufren desórdenes afectivos de tipo depresivo. Empléase para cuantificar los hallazgos de una entrevista psiquiátrica, siendo sencilla, eficaz y particularmente útil para definir los resultados del tratamiento. Contiene 17 factores variables, algunos definidos en términos de una serie de categorías de intensidad creciente, mientras que otros se determinan por un cierto número de términos valorados por igual. Las variables mídense ya sea en una escala de 5 o de 3 puntos, ésta última se usa cuando la cuantificación es difícil o imposible. Hamilton aconseja que dos psiquiatras califiquen simultáneamente al enfermo durante la misma entrevista, desde que éste procedimiento proporciona datos para calcular la confiabilidad del clínico. El calificativo se obtiene sumando los puntajes de ambos médicos. Nosotros no hemos podido contar con dos psiquiatras que estuvieran presentes en todos los encuentros con los enfermos, de modo que multiplicamos los resultados por 2 para hacerlos comparables. La escala se presta para hallar las matrices de correlación, las cuales pueden analizarse factorialmente extrayendo las raíces latentes y los vectores. Nosotros nos hemos limitado a calificar los resultados de las entrevistas y anotarlos, cuando menos una vez cada semana, para cada paciente. El máximo puntaje obtenible con la escala es 62. El método usado en el grupo de 20 pacientes depresivos con complicaciones orgánicas, para determinar los resultados del empleo del placebo y de la imipramina, consistió en establecer la mediana del puntaje de los enfermos antes y después del placebo, asi como antes y después de la imipramina. Los resultados han sido los siguientes:

Estas cifras indicaban modificación total de las escalas de 20 pacientes en 3.2 puntos después de la administración de placebos y disminución de 10.2 puntos, al terminar el uso de la imipramina, durante el tiempo y dosis indicadas. En otros términos, el efecto placebo es triplicado, en el sentido de disminución de signos depresivos, después de emplear imipramina.

**Cuadro Nº 3 — Resultados del Experimento Doblemente Ciego**

| Nº casos | P.A.P. | P.D.P. | P.A.I. | P.D.I. |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 56 | 50 | 55 | 46 |
| 2 | 31 | 33 | 37 | 30 |
| 4 | 39 | 36 | 38 | 19 |
| 5 | 59 | 55 | 51 | 40 |
| 6 | 53 | 47 | 54 | 23 |
| 7 | 60 | 58 | 55 | 20 |
| 8 | 48 | 43 | 49 | 25 |
| 9 | 54 | 52 | 52 | 15 |
| 10 | 43 | 45 | 46 | 31 |
| 11 | 57 | 52 | 54 | 18 |
| 12 | 48 | 41 | 49 | 25 |
| 13 | 53 | 45 | 50 | 22 |
| 14 | 51 | 49 | 46 | 37 |
| 15 | 45 | 45 | 43 | 39 |
| 16 | 37 | 32 | 39 | 17 |
| 17 | 42 | 41 | 44 | 35 |
| 18 | 58 | 46 | 56 | 50 |
| 19 | 50 | 43 | 49 | 42 |
| 20 | 56 | 44 | 51 | 27 |
| | 986 | 897 | 960 | 592 |
| | 49 | 45 | 48 | 29 |

**PAP = Puntaje antes del placebo.**
**PDP = Puntaje después del placebo.**
**PAI = Puntaje antes de la imipramina.**
**PDI = Puntaje después de la imipramina.**

## COMENTARIO

Este trabajo se planeó con el fin de conocer los efectos de la imipramina sobre los estados presivos asociados a enfermedades orgánicas. La serie consistió en 39 enfermos, 20 de los cuales fueron escogidos para estudiar el efecto placebo y la acción del fármaco. Si bien la mejoría no ha sido particularmente impresionante en el grupo total, parece muy probable que, además del efecto sugestivo, actúan otros factores que modifican favorablemente el cuadro melancólico. La investigación a ciegas, usando placebos, sirviendo de controles los propios enfermos, determinando

los resultados por la escala de comportamiento para las depresiones de Hamilton, indica considerable probabilidad de acción terapéutica del G 22351.

Las respuestas a los placebos han despertado considerable interés en la literatura psiquiátrica reciente. Sabemos que los placegos pueden ocasionar efectos terapéuticos asi como efectos negativos también. En algunos casos se ha producido dermatitis medicamentosa, como resultado de la administración de placebos, y en otras oportunidades se ha comprobado pobres resultados asociando psicoterapia a placebos, mientras que la psicoterapia sola ejercía acción más eficaz (4). En cuanto a los hiperreactores a los placebos, se dice que son individuos que parecen más dependientes de los estímulos externos que de sus propios procesos mentales" (5), asegurándose que los que reaccionan excesivamente a los substitutos inactivos son "personas impulsivas, mal controladas, con nivel más alto de ansiedad y hostilidad". La respuesta positiva a los placebos usados en este trabajo ha sido bastante moderada, indicando ausencia de hiperreactores, y ausencia también de reacciones negativas.

Con respecto a la respuesta a la imipramina hemos observado disminución de síntomas en los enfermos con depresiones reactivas y en los que tenían reacciones depresivas llamadas endógenas. En pocos casos el resultado ha sido espectacular. Las depresiones seniles o complicadas con enfermedades orgánicas graves (diabetes, arterioesclerosis, hipertensión arterial, tromboangitis obliterante, cáncer) han evolucionado de manera desfavorable con el tratamiento a base de G. 22355. Los casos complicados con tuberculosis pulmonar han tenido un curso rápidamente favorable, debido posiblemente, al efecto excelente de la asociación con isoniazida y estreptomicina para el control del proceso infeccioso.

Nuestros resultados deben compararse brevemente con los informes aparecidos en la literatura. La introducción del Tofranil ha estimulado la realización de numerosos ensayos terapéuticos, la mayor parte de los cuales se han hecho sin placebos y sin controles. No debe sorprendernos en consecuencia la diversidad de opiniones. Mientras hay autores (7) que encuentran un índice de mejoría de sólo 16% (en pacientes ambulatorios), hay otros (8) que hallan resultados beneficiosos en el 80% de sus casos.

La gran mayoría de investigadores han hallado remisiones y buenos resultados aproximadamente en el 60% de los casos tratados (9, 19, 11, 12, 24, 26, 27, 28), aunque insisten en el pronóstico desfavorable de los enfermos que padecen de síndromes orgánicos rápidamente progresivos (13). Los únicos trabajadores que emplearon series de control y placebos (14, 15 y 16) descubrieron resultados favorables moderados e irregulares. Algunos casos mejoraban en forma dramática, otros progresaban hacia la remisión de manera gradual e incompleta. Nuestro estudio viene a confirmar que, cuando se descartan los factores de excesivo entusiasmo en el investigador, y la sugestión producida en el personal auxiliar, transmitida y reforzada en los enfermos por el efecto placebo, los resultados favorables disminuyen, aunque parece demostrar, claramente, que la imipramina ejerce efecto supresor sobre la sintomatología melancólica.

La observación de la pequeña serie relatada nos inclina a confirmar ampliamente las conclusiones de H. Hoff (9) cuando dice que la imipramina está indicada en todos los casos de depresiones endógenas ambulatorias sin riesgo de suicidio, en los cambios afectivos consecutivos al electrochoque, y en los enfermos con depresiones endógenas, en los que predomina la inhibición. Por nuestra parte, debemos agregar que las depresiones asociadas con enfermedades orgánicas pueden mejorar con G. 22355 y merecen un tratamiento de ensayo, siempre que las condicones del paciente lo permitan. En este sentido Freyhan (11) ha llamado justamente la atención al decir que cuando el enfermo recibe imipramina mantiene continuidad en sus experiencias y por tanto es capaz de colaborar con entusiasmo en el tratamiento psicoterápico, base de todo intento de cura psiquiátrica.

La literatura reciente sobre el uso de Tofranil en geriatría (17, 18) establece que tiene numerosas indicaciones, recomendándose dosis relativamente pequeñas (20 - 100 mg. diarios) para evitar reacciones secundarias (síncopes, isquemia miocárdica, estados confusionales, alucinaciones, agresiones), que pueden ser más frecuentes que en los enfermos involutivos. Ensayos preliminares parecen indicar efecto útil en el dolor, el aspecto radiológico, la hiperclorhidria y la cicatrización de las úlceras gastro-duodenales (19). En nuestro pacientes afectados de cáncer no hemos podido comprobar efecto analgésico, como ha sido relatado por Probst (20) en los dolores musculares y en las mialgias que se ven en la práctica cotidiana de la medicina.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este trabajo se basa en la observación impresionística de 39 enfermos depresivos, tratados con dosis de 100 - 200 mgs. diarios de imipramina, y de otros 20 pacientes melancólicos que tenían graves enfermedades asociadas. Se ha juzgado el comportamiento de estos últimos mediante notación cuantitativa, usando la escala de Hamilton, y empleando controles de los mismos, administrándoles placebos durante 2 - 4 semanas, antes de principiar el uso de la sustancia activa. Los resultados indican moderado efecto anti-depresivo en ambos grupos de pacientes. En algunos casos aislados los efectos fueron excelentes. El tratamiento de las afecciones somáticas asociadas, cuando tuvo buen éxito, incrementó las cifras de remisión inicial.

Teniendo en cuenta el hecho de que, las depresiones se presentan con mucho mayor frecuencia en les edades involutivas y seniles, y que en esas épocas son más frecuentes los procesos degenerativos, crónicos y tumorales, es recomendable que los internistas examinen detenidamente a sus pacientes provectos en busca de síntomas depresivos. De idéntica manera, los psiquiatras no deben descuidar el reconocimiento somático exhaustivo de sus enfermos depresivos. Muchos de ellos tienen enfermedades corporales asociadas y no mejorarán de la depresión sino se les alivia de los síntomas orgánicos (25).

La imipramina está especialmente indicada en los depresivos que no pueden recibir tratamiento electroconvulsivante por padecer de patología orgánica grave

(osteoporosis, trombosis coronaria, enfermedades de Paget, leucemias, cáncer, tuberculosis pulmonar, insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía reumática, trombosis cerebrales, hemorragias intracraneales, hemiplejias por lesiones vasculares del encéfalo y otras condiciones morbosas).

La imipramina debe ensayarse en todo depresivo hospitalizado, o en los ambulatorios que no ofrezcan peligro de suicidio, antes del tratamiento electroconvulsivante, ya que permite actividad psicoterapéutica mucho más intensiva en estos que en los pacientes transformados en seres desorientados y amnésicos después de la electroplexia.

## BIBLIOGRAFIA


1. Lehmann, H. E. "Psychiatric concepts of depression: Nomenclature and classification". Canad. Psychiat. Ass. J. (Spec. Supl.) 4: 1-12, 1959.
2. Jerí R. "Manifestaciones somáticas en los estados depresivos". Conf. en el Conver. Med. del Hosp. Polic. 14 de Mayo, 1960.
3. Hamilton, M. A. "A Rating Scale for Depression". J. Neurol. Neurosurg. & Psychiat. 23: 56-62, 1960.
4. Hankoff, L. D.; Engelhardt, D. M.; Freedman, N.: "Placebo Response in Schizophrenic Outpatients". Arch. Gen. Psychiat. 2: 33-43, 1960.
5. Lasagna, L.; Mosteller, F.; Von Felsingen, J. M. & Beecher, H. K. "A study of the Placebo Response". Am. J. Med. 16: 770-779, 1954.
6. Von Felsinger, J. M.; Lasagna, L. & Beecher, H. K.: "Drug Induced Mood Changes in Man". J. A. M. A. 157: 1113-1119, 1955.
7. Lemere, F. "Negative resuls in treatment of depression with imipramine hydrochloride". Am. J. Psychiat. 116: 258-259, 1959.
8. Reznikoff, L. "Imipramine therapy of depressive syndromes". Am. J. Psychiat, 116: 1110-1111, 1960.
9. Hoff, H. "Indications for E. S., Tofranil and Psychotherapy in the treatment of depressions". Canad. Psychiat. Ass. J. (Spec. Supl.) 4: 55-68, 1959.
10. Delay, J. A. Deniker, P. "Efficacy of Tofranil in treatment of various types of depression: A comparison with other antidepressant drugs". Canad. Psychiat. Ass. J. (Spec. Supl.) 4: 100-112, 1959.
11. Freyhan, F. A. "The modern treatment of depressive disorders". Am. J. Psychiat. 116: 1057-1063, 1960.
12. Caravedo, B. & Carbajal, C. "Imipramina (Tofranil) y estados depresivos". Rev. Psiquiát. Perú. 3: 33-41, 1960.
13. Cameron, D. E. "The use of Tofranil in the aged". Canad. Psychiat. Ass. J. 4: 160-165, 1959.
13. Cameron, J. W. L. et al. "Controlled Assesment of antidepresent drugs, including Tofranil". Canad. Psychiat. Ass. J. (Spec. Supl.) 4: 190-194, 1959.
15. Ball, J. R. B. & Kiloh, L. G. "A controlled trial of imipramine treatment of depressive states". Brit. Med. J. 2: 1052-1055, 1959.
16. Bruce, E. M. et. al. "A comparative trial of ECT and Tofranil" Am. J. Psychiat. 117: 76, 1960
17. Christe, P. "Les indications du Tofranil en gériatrie". Schwz. Médiz. Wochen. 90: 586-590, 1960.
18. Schmied, J. & Ziégler, A. "Tofranil en Geriatrie". Praxis 40: 472-476, 1960.
19. Varay, A. et. al. "Action de l' imipramine dans les affections gastroduodenales. Premiers résultats". Bull. et. Mem. de la Soc. Méd. Hosp. 76: 228-239, 1960.

20. Probst, J. Y. "Le Tofranil dans le traitement des myalges". Praxis 40: 655-657, 1960.
21. Scsorer, G. E. "Report of hypomanic excitement with imipramine treatment of depression" Amer. J. Psychiat. 116: 844-845, 1960.
22. Rothenberg, P. A. & Hall, C. "Agranulocytosis following use of imipramine hydrochloride (Tofranil)". Amer. J. Psychiat. 116: 847, 1960.
23. Geseusway, D. Cohen, K. D. "Report of a case of convulsion and skin reaction following brief oral administration of imipramine (Tofranil). (Amer. J. Psychiat. 116: 1027-1028, 1960.
24. Bonhour, A; Bachini,; O.; Gutiérrez Agramonte, E. A; Martínez Dalka, L. M.; Strauss, L. M.; Strauss, H; Didier, A.; Safadi, F.; Pichon Riviere, E.; Guiral, R. J.; y Macía, C. "Coloquio Internacional sobre Estados Depresivos", Buenos Aires, 21-23 Marzo 1960, Acta Neuro-psiquiátrica Argentina, Vol. 6, Nº 2.
25. Jerí, R. "Psicosis como forma de presentación del carcinoma broncogénico". Rev. Neurosiquiat. 23: 104-113, 1960.
26. Blair, D. "Treatment of Severe Depressión by imipramine (Tofranil). An investigation of 100 cases". J. Ment. Scien. 106: 891-905, 1960.
27. Delgado, H. "Acerca del tratamiento de las depresiones". Rev Neuropsiquiát. 23: 157-164, 1960.
28. Saavedra, A.: Mariátegui, J. & Boggiano, L. "La imipramina en los estados depresivos". Rev. Neuropsiquiat. 23: 195-228, 1960.
29. Zuckermann, C. "Algunos problemas psicológicos del canceroso" Rev. Mex. Cirug. Ginec. & Cáncer 27: 379-387, 1954.

# CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS Y CULTURALES EN TORNO AL SINDROME PSICOSOMATICO DE DESADAPTACION

**Por Sergio Zapata A.** *

**"La vida se convierte en verdadero dolor allí donde dos épocas, dos culturas o religiones se entrecruzan... y hay momentos en los que toda una generación se encuentra extraviada entre dos épocas, entre dos estilos de vida, de tal suerte que tiene que perder toda naturalidad, toda norma, toda seguridad".**

**Hermann Hesse. "El lobo estepario".**

Carlos Monge ha sido el primero en estudiar científicamente el proceso de adaptación del hombre de la altura cuando desciende a la costa. Monge y colaboradores demostraron que el hombre de los Andes dispone de mecanismos compensadores para vivir a alturas de hasta 5,300 metros sobre el nivel del mar. Para su perfecta aclimatación, el andino dispone de 2 litros más de sangre, casi de una doble concentración de hemoglobina, de bilirrubina y de ácido pirúvico. Sus diámetros torácicos están aumentados, posee un corazón de atleta con un comportamiento electrocardiográfico peculiar. La función respiratoria tisular está modificada también y el sistema nervioso vegetativo ofrece frenos de tipo vagal predominante.

Este autor ha estudiado algunos aspectos del proceso de adaptación fisiológica y encuentra que el hombre de altura, para lograr una adaptación satisfactoria en la costa, debe balancear el estado hiperóxico de las tierras bajas mediante el reajuste de todas las funciones orgánicas, especialmente cardiorespiratorias.

La agresión climática —como denomina Monge al trauma producido por el cambio de altitud— obliga al organismo a un reajuste homeostático o proceso de adaptación que conduce, cuando tiene éxito, a la aclimatación adquirida, de Selye.

Cuando la adaptabilidad se pierde o se reduce al aproximarse el hombre al nivel del mar, entonces Monge habla de enfermedad adaptativa.

Carlos Seguín, en un preciso estudio clínico, delimita una nueva entidad nosográfica: el "Síndrome Psicosomático de Desadaptación".

---

**(1) Médico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Obrero de Lima.**

Integrando los procesos fisiológicos de la enfermedad adaptativa de Monge con los mecanismos reguladores psicológicos, en un concepto de unidad psicosomática demuestra que el proceso de desadaptación puede prevenir tanto de la vertiente somática como de la vertiente psicológica. En efecto, establece que, al lado del ajuste fisiológico a la altura, el hombre andino posee también una adaptación psicosocial que lo diferencia del hombre de la costa en muchos aspectos de su homoestasis psicosomática. La raza, la organización familiar, las relaciones con la comunidad, el tipo de trabajo, la organización de la actividad diaria, el lenguaje, el clima y la alimentación son los factores que condicionan esa diferencia.

Cuando un indio joven se desplaza de su grupo andino a ciudades de la costa como Lima, ambicionando conseguir una mejor situación económica, puede suceder que se adapte y logre sus propósitos. Pero es muy frecuente que al poco tiempo de su llegada y frente a dificultades y fracasos como accidentes, enfermedades, frustaciones, etc., desarrolle el síndrome psicosomático de desadaptación, caracterizado por una variedad de síntomas de orden circulatorio, digestivo, respiratorio y neuro-vegetativo, acompañados de angustia o depresión. Patogénicamente, Seguín considera el síndrome como un caso preciso de huída en la enfermedad por mecanismo de conversión y de neurosis vegetativa, que puede conducir a la regresión hipocondriaca por yatrogenia.

Ahora bien, en el presente estudio trataremos de considerar un punto de vista, que a título preliminar y como hipótesis de trabajo. puede mostrarnos nuevos derroteros. Nos referimos al doble enfoque psicológico y antropológico cultural, inspirado e iniciado, entre nosotros, por Carlos Seguín.

Creemos que toda cultura constituye una unidad en sí misma, una Gestalt y es probable que, como realidad actual, presente una arquitectura y un dinamismo que, análogamente a lo que sucede en la psicología individual, permite mantener su equilibrio o estático cultural, a la vez que le presta su plasticidad creadora. Dinamismo responsable de su congruencia que la identifica siempre así misma y al mismo tiempo del desarrollo constante de sus posibilidades, que la determinan rica y siempre cambiante.

Es obvio que cada cultura tenga rasgos propios, que cuenta con factores de carácter biológico, dinámico-familiar y mecanismos defensivos propios.

De otro lado, el individuo de cada cultura está siempre sobre determinado en sus actos por un transfondo cultural. Actos y actitudes que se refieren a núcleos de instintividad que son expresados y resueltos por el modo como el ser humano —uniformemente en cada cultura— disponga y gaste su energía frente a problemas vitales. Estos problemas corresponden siempre a dos grandes grupos de exigencias:

Uno que se centra en la necesidad de subsistir en relación con la tierra sustentadora. Otro que incluye las necesidades de protección y defensa en frente de los poderes sobrenaturales.

Significa esto que todo hombre, aislado o en grupo, debe definir una actitud prágmatica y positiva ante la necesidad del sustento, e igualmente una actitud, que acepta la concepción mágica o metafísica, cuando debe enfrentarse con lo desconocido.

En cada cultura estas actitudes varían y su eficacia asi mismo es variable. En algunas no permiten controlar eficazmente el hambre o la enfermedad ni aseguran el equilibrio psicológico del grupo, permitiendo vivir con un mínimo de angustia.

En la cultura aborigen peruana, el indio tiene una actitud cultural definida frente al alimento y lo nutrido, podemos decir frente al símbolo tierra, con todos sus equivalentes símbolicos: madre, familia, sexualidad etc.

Tiene un modo peculiar de conectarse con la naturaleza y su actitud general de estrecha vinculación afectiva está expresada en el sentimiento comunitario y familiar, en la confianza despreocupada en la tierra, en la proyección de sus sentimientos a la naturaleza, en la imprevisión y la resignación; en la escasa iniciativa y la utilización inmediata y poco elaborada de los elementos naturales, etc. Es decir que su actitud que podríamos llamar erótica, es sui generis y, en síntesis, expresa arraigo a la tierra, interpenetración. Enta fuerte ligazón le impide considerarse abstractivamente independiente del mundo y vive dentro de él, confundiéndose en un todo animista.

En el otro aspecto, se define su relación con la fuerza del destino como sumisión, por formación reactiva, proyección catatímica de sus temores al exterior, inseguridad, soborno, resistencia pasiva e infravaloración de sí mismo.

Como ya afirmara Werner, la personalidad del aborigen no se destaca mediante el juicio de la situación concreta o la abstracción. Existe en él una compleja difusión del yo, no existiendo delimitación perfecta entre lo corporal y lo anímico. No dispone del pensar lógico por concepto. Confunde representación y percepción y su imagen del mundo es infinitamente más catatímica que la nuestra.

Lastres afirma que se trata de una personalidad menos estructurada y que su campo de acción es por esto mucho más amplio que el del hombre culto. Para el indio cada parte puede representar la totalidad del organismo y tiene fuerte sentido de dependencia de la divinidad. Necesita entrar en contacto mágico con los seres y las cosas que le rodean para asi fortalecer o aplacar su poder. La vida sensorial del aborigen es compleja y se desarrolla de un modo global. Las perceptos y abstracciones. Y su psicología, en síntesis, gira alrededor de la ley de participación, viviendo en un profundo sentimiento de comunidad vital.

Para Gutiérrez Noriega, la vida espiritual del hombre arcaico del Perú, se desenvuelve en la sensibilidad y en los símbolos antes que en las doctrinas, concepciones existen como partes sustantivas de la acción vital, por eso la fenomenología ambiente tiene para ellos otro significado que para nosotros, ya que las cosas aparecen no como factores extraños al sujeto sino como indisolublemente unidos a la situación total y afectiva.

Sin embargo, como dice Lastres ,no todo es pensar mágico en el indígena y hay ya en él un esbozo del principio de contradicción y un alborear del pensar lógico pues que toda acción tiene una causa y un efecto. Cuando los problemas que le plantea la vida real no los puede resolver por pensamiento lógico, vuelve nuevamente a la interpretación mágica.

Estas características que hemos señalado, ya nos plantean la peculiaridad de la personalidad del indígena peruano.

Ahora bien, surge otro aspecto en el problema y es que, como observa Simonds, el Perú mismo, como cultura nacional, está en la actualidad pasando por una serie de cambios importantes debidos a sus crecientes contactos con el resto del mundo por un lado y de otro, al desarrollo de las comunicaciones internas. Este nuevo panorama ha polarizado distintos sub grupos culturales que cada vez más entran en contacto produciéndose cambios culturales evidentes. Los dos grupos fundamentales, son, desde luego, el grupo indígena y el grupo criollo o mestizo que tienen distinta proporción de la tradición cultural indígena y española. Las diferencias aparentes o externas son el lenguaje, el vestido, la dieta, la higiene, la música y los hábitos motores. Es manifiestamente aparente también un "status" dominante del mestizo con respecto a indígena en las dimensiones económica, social y política. El status del indígena sólo permite pequeñas gratificaciones y privilegios.

En esta situación, el desplazamiento del indígena de la comunidad andina a los centros urbanos, motivados por complejos circunstancias socio-económicas lo colocan automáticamente en situación de "stress" permanente.

El indio, en su fuero interno, comienza a vivir el conflicto de un desafío, pues viene con el decidido empeño del triunfo y no admite la posibilidad del fracaso.

Su estructura psicológica, diferente a la nuestra está construída con diferentes patrones culturales, con representaciones simbólicas activas y funcionales de la tierra y el sustento, el cosmos y Dios, la autoridad y lo desconocido. Con imágenes edípicas de distinto módulo afectivo, con actitudes y hábitos adecuados para obtener los rendimientos esperados pues existe en él una justa adecuación de los móviles, la energía disponible y los medios psicológicos empleados en relación con los resultados a obtener.

Estudios preliminares hechos por Jacobo Freid (1) y nosotros (1956) en las comunidades de Vicos (Dpto de Ancash) y Pucará (Dpto de Junín) nos revelan que efectivamente existen indicios claros para pensar en una distinta distribución de las energías psicológicas en la personalidad del indígena: la estructura y el sentimiento comunitarios; la constitución primitivamente patriarcal de la familia, de sólidos vínculos y que ofrece la seguridad que le falta al indígena en sus relaciones con el mestizo, la lactancia prolongada, el destete traumatizante, la actitud benévola y complaciente de la madre, especialmente con el niño enfermo, la atribución de la rígida autoridad paternal al hermano mayor, las normas especiales en la vida sexual, la actitud casi masoquista de la mujer, etc. Todo esto está indicando un distinto panorama psicológico. Y son estos ajustes psicosomáticos y psicosociales los que el indio trae para ensayarlos en los medios urbanos, tributarios de la cultura euroamericana.

Antes de tratar de los mecanismos de adaptación revisemos dos conceptos importantes: aculturación y asimilación. La aculturación es el proceso por el

(1) Profesor de Antropología de la Universidad de Me Gill (Montreal)

cual los elementos tradicionales y sociales de grupos culturalmente diversos, en un continuo contacto, se transmite de uno a otro. Asimilación se refiere al proceso social y cultural por el cual dos o más grupos culturalmente diversos, en contacto continuo, vienen a compatir las ideas, sentimientos y patrones de conducta del otro en grado tal que, al final, se desarrolla una tradición cultural y social, común, hacia la que se orienta la acción de los miembros de ambos grupos. La aculturación puede conducir a la asimilación o síntesis.

Veámos ahora la dinámica de la adaptación. Ante todo dirémos que, como apunta Simmonds, el indio es un emigrante y el peso del ajuste se coloca en él antes que en el mestizo. Del lado del mestizo existe una tendencia a evaluar desfavorablemente al indígena y aunque no hay segregación física, pues las diferencias raciales llegan a ser poco apreciables, se reduce al mínimo las frecuencias de contacto con él. La actitud general del mestizo es de menosprecio y hostilidad, siendo muy escasos los elementos que toman prestados de la cultura indígena. Puede decirse que el grupo dominante prefiere mantener la subordinación y trata de prevenir la asimilación del indígena.

Por parte del indígena, la aculturación debe emprenderla renunciando a algunos elementos culturales y adquiriendo elementos culturales criollos. Así como para que un hombre de altura se adapte a las condiciones climáticas de la costa debe —según Monge— perder uno o dos litros de sangre y modificar los distintos valores hemáticos, así mismo debe el indígena abandonar paulatinamente patrones, actitudes e ideas de un modo funcional y adquirir otros valores para armonizar con la cultura que está enfrentando. Renuncia primero a los elementos culturales que más fuertemente desaprueba el grupo dominante y adopta aquellos nuevos, esenciales para la supervivencia, bajo la presión de la necesidad económica. Aquí distingue Simonds una etapa externa de aculturación en la que se observa la eliminación de vestidos, maneras y gastos y mediantes el aprendizaje de la lengua o de la pronunciación costeña, el indígena puede ya establecer un contacto más estrecho, puede ya apreciar la cultura y asimilarla insensiblemente en una integración funcional y significativa. Antes de esto, el indígena está en continuo conflicto con sus antiguos valores. La absorción cultural supone la supresión de estos conflictos.

Pero durante todo el tiempo que dura el proceso de aculturación o sea la etapa más difícil del nuevo ajuste, el indígena aparece, dentro de nuestro relativismo cultural, no como un desadaptado sino como una personalidad anormal funcionalmente innadecuada y acaso esquizoide. Decimos funcionalmente pues se trata de un proceso dinámico, de un conflicto de culturas.

Si bien la personalidad anormal se caracteriza fundamentalmente por la falta de capacidad para la adaptación, expresada en la deficiencia permanente para ajustarse a las circunstancias de la vida, que lleva al sujeto a entrar en conflictos con los demás y consigo mismo; en nuestro caso se trata de deficiencias adaptativas transitorias, funcionales. Y es inadecuado por que ante las demandas intelectuales emocionales y sociales muestra inadaptabilidad, inadecuación, ineptitud, pobreza de juicio, falta de vigor emocional e incompatibilidad social, según define la per-

sonalidad inadecuada la Asociación Psiquiátrica Americana, en su moderna clasificación.

En efecto, los hábitos psicomotores de nuestro indígena, desde el simple caminar, la vocalización sui generis del castellano, el saludar y tender la mano, contestar a un interrogatorio, despedirse, hasta las actitudes frente a jefes y autoridades en general para buscar y solicitar trabajo, para defenderse, para opinar son francamente inadecuadas en nuestro ambiente. Así mismo su lógica, su expresión afectiva que a veces recuerda la incongruencia psicótica, en la risa y el llanto, sus ideas mágicas y superaciones, de las que, en ocasiones, ya en la clínica, dudamos para calificarlo de esquizofrénico. Su expresión del pudor, de la gratitud y el respeto, son otros tantos aspectos que siempre llaman la atención ya que no concuerden con nuestra psicología.

Aún más, la cantidad de movimientos que emplea no es la justa que se requiere; hay cierta incoordinación motriz, cierta aprexia así como un espacio personal que se reduce o incrementa en forma inesperada.

Podemos decir, pues que el andino actúa como una personalidad inadecuada funcionalmente, mientras cumple su adaptación psicológica. Se entiende que dejará de serlo cuando haya logrado, en su aculturación progresiva, un avanzado grado de asimilación.

Esta inadecuación, que la vive el indio en cuanto establece contacto con el mundo mestizo, es un factor secundario de inseguridad e inferiorización, agravado por la burla y el desprecio, en razón misma de hacerse llamativo y objeto de malintencionada curiosidad.

Este "stress" lo obliga a mantener activos sus mecanismos de defensa psicológicos, entre los que destacan la sumisión y aceptación pasiva, el disimulo y la mentira, la retirada dentro de su grupo cultural, en un intento de recrear las condiciones de su antigua forma de vida, la exaltación de los sentimientos y valores autóctonos, que se traduce en vinculación más cerrada de sus elementos.

Cuando la situación se hace más difícil, emplea entonces mecanismos más profundos, ya patológicos tales como ansiedad, **la actitud de desvalimiento** y queja, la huída en la enfermedad somática, luego el aislamiento y la ruptura de contactos, para caer en los mecanismos psicóticos, el alcoholismo o la delincuencia.

Para finalizar debemos señalar que tenemos la sospecha de que las culturas aborígenes incluyen, preferencialmente, elementos narcisísticos y de oralidad, de acuerdo a la terminología psicoanalítica y, en todo caso, marcadas tendencias a depender de la madre real y simbólica. Para Cárcamo, el esquema del mundo aborigen es la representación de una imago inconsciente de la madre fecunda, creadora y nutricia, que al mismo tiempo es símbolo de amor maternal y símbolo de retorno al regazo en la muerte acogedora. Por eso el sentimiento de inseguridad y de angustia del indio equivale al abandono de la madre y todo su anhelo se orienta a armonizar su Yo con el Cosmos en busca de refugio y seguridad.

No puede extrañarnos, pues que el alejamiento de la madre y de la tierra, a las que el indio se vincula con la fuerza del animismo y la oralidad, sea vivido como una dura prueba, para muchos intolerable.

Confirmando la base oral narcisística del Síndrome de desadaptación, algunos psicoanalistas, Wittkower (1958) de Montreal, entre otros, sugieren que gran parte de los síntomas de este cuadro puede ser interpretado como equivalentes somáticos de una depresión anaclítica en el adulto (depresión por deprivación).

Creemos, incluso, que la básica actitud de desvalimiento y de queja, evidente en los cuadros psicosomáticos de desadaptación, polisintomáticos, muy próximos a la actitud hipocondríaca, es el mecanismo defensivo preferencial de la desadaptación. En el fondo se trataría de un retorno al narcisismo, con sobrevaloración de síntomas y perentoria necesidad de depender y ser protegido.

No podemos concluir sin referirnos a la magnitud del problema de la desadaptación que abarca infinidad de individuos allí donde quiera que dos o más culturas choquen y se interpenetren.

Estas sugerencias y conceptos constituyen un bosquejo preliminar que serán confirmados o modificados por futuras investigaciones socio-culturales.

## RESUMEN

Se exponen los diferentes estudios que condujeron a la concepción del Síndrome Psicosomático de Desadaptación. Previo un breve examen de la realidad socio-cultural peruana, en su creciente complejidad y dinamismo, y después de esbozar algunas características psicológicas de nuestro aborigen, se plantea el hecho de su migración dentro del territorio nacional y los problemas que esto implica. El indígena es visto en las etapas primeras del proceso de adaptación como un individuo funcionalmente inadecuado. Posteriormente, cuando fracasa en su adaptación, se juzga que recurre a mecanismos patológicos, entre los cuales la actitud de desvalimiento y queja es muy frecuente. Interpretado el cuadro nosográfico ya como un caso especial de depresión anaclítica, o como una entidad autónoma, hecha de conversión, neurosis vegetativa y depresión; en ambas interpretaciones, la regresión a niveles oral-narcisísticos parece jugar un papel preponderante.

# ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA PREPARACION DEL PSICOLOGO

**A propósito de las observaciones realizadas durante el dictado de la Cátedra de Pruebas para el Estudio de la Personalidad**

**Por JOSE SANCHEZ GARCIA***

Cuando en 1958 se creó el Instituto de Psicología en la Facultad de Letras de la Universidad Católica, se dió comienzo a la formación de estudiantes para que después del correspondiente período de entrenamiento se conviertan en profesionales psicólogos. Con este motivo la Facultad de Letras hubo de abocarse en el propósito de hacer frente a la dificultades que implica el cambio de un programa académico a otro profesional. Comprendemos que estas dificultades son enormes sobre todo si se tiene en cuenta que, además la Universidad debe de afrontar problemas económicos. Las dificultades se agravan si a todo esto se agrega que la profesión es nueva en nuestro medio lo que da como consecuencia desconfianza e inseguridad en el alumnado que no sabe aún qué es lo que hará en cuanto opte un título y teme no encontrar las necesarias fuentes de trabajo.

Con la fundación del Instituto de Psicología el autor de esta nota tuvo el señalado honor de ser designado por el Decano de la Facultad de Letras, Dr. Agustín de la Puente Candamo, a propuesta de Director del referido Instituto, Dr. Baltazar Caravedo, para organizar y dictar las cátedras de Psicología del Aprendizaje que se le encomendó en 1958 y la de Teoría e Investigación de Pruebas para el Estudio de la Personalidad (Pruebas Proyectivas y afines) que se dictó en 1959. Ambas cátedras se dictan por primera vez en nuestra universidad y por haber sido desarrolladas con una misma promoción de alumnos nos ha proporcionado la oportunidad de poder hacer algunas observaciones que nos llevan a reflexionar sobre la necesidad de empeñarnos tesoneramente para formar psicólogos capaces de trabajar con eficiencia y adecuación.

Dadas las condiciones actuales, la Psicología del Aprendizaje constituye un curso eminentemente teórico y problamente por ello no se apreciaron mayores dificultades que las inherentes a una deficiencia de concepciones básicas. Sin embargo, fue dable apreciar que los alumnos sufrieron una especie de decepción y descontento cuando se les comunicó que con el propósito de conseguir la más

*Instituto de Psicología, Facultad de Letras, Pontificia Universidad Católica, Lima, Perú.

adecuada instrucción el maestro con inquietud docente tenía que estudiar paso a paso con ellos pues en realidad no era sino otro alumno con más conocimiento y experiencia. El desaliento que provocó este afán de hacer algo mejor fué enorme. El estudiante suponía, y creemos que supone todavía, que el profesor es un ser que lo sabe todo y que no tiene porque estudiar al mismo tiempo que sus alumnos. Lamentablemente, el descontento tan revelador no fué lo suficientemente significativo para el profesor que hacía esa apreciación pues no le hizo comprender que los estudiantes con quienes trataba todavía no habían adquirido la madurez que requiere el universitario genuino. Esta deficiencia evolutiva, que mucho debe de incidir en la crisis universitaria actual, se puso en evidencia cuando se han enseñado las Pruebas para el Estudio de la Personalidad que por constituir reales métodos de diagnóstico no pueden aprenderse con unas cuantas disertaciones teóricas ni con otras tantas demostraciones prácticas. Requieren de ambas con el agregado de necesitarse de ricas y definidas disposiciones individuales si es que se pretende hacer una buena siembra.

Estas y otras muchas exigencias son las que han dado lugar a que surgan prestigio de la Universidad y para bien de los enfermos, de otras profesiones y de 8 alumnos que asistían con aparente regularidad sólo uno puede considedarse cabalmente entrenado para proseguir su aprendizaje en la vida profesional. Este resultado tiene muchas causas entre los que, a nuestro juicio, debe de jugar muy importante la ausencia de una rigurosa selección para ingresar al Instituto de Psicología, problema que no hemos de tocar en su esencia ni en su ejecución pero que no dejamos de señalar porque lo consideramos fundamental para el prestigio de la Universidad y para bien de los enfermos, de otros profesiones y de la sociedad.

Cuando el 31 de marzo de 1959 se nos encomendó la organización de la cátedra de Pruebas para el Estudio de la Personalidad que debíamos comenzar a dictar en abril del mismo año, no teníamos más programa que nuestra experiencia personal y el íntimo deseo de enseñar sin tapujos, de dar a nuestros alumnos todo lo que fuese posible sin ocultarles nada y sin olvidar que cuando tratábamos de formarnos también tuvimos dificultades que, como es de suponer, aún no han desaparecido. Nuestro programa, pues, era una sincera disposición para colaborar en la formación de profesionales idóneos. Con esto en mente elaboramos el plan que comentamos más adelante y no vacilamos en brindar nuestra colaboración dictando desinteresadamente un mínimo de dos horas semanales más de las dos que se nos había señalado oficialmente. Nuestra decisión no fue desafortunada pues la experiencia nos ha confirmado que dos horas a la semana no cubren el tiempo mínimo necesario para la adecuada instrucción. Grande ha sido nuestra satisfacción al comprobar que estábamos bien encaminados en la orientación del curso pues prácticamente habíamos seguido las recomendaciones del The Commitee on Training in Clinical Psychology of the American Psychological Association (1), que llegó a nosotros cuando habíamos terminado el año académico. Señalamos de paso que siguiendo a esta comisión nos parace más propio cambiar el nombre de nuestra cátedra por el de Métodos de Diagnóstico.

Con la experiencia lograda durante dos años de enseñanza en el Instituto de Psicología creo que es un deber de maestro y de médico hacer algunas reflexiones que, suponemos, han de incidir en la preparación y en el progreso de los profesionales cuya formación se nos ha encomendado. Con este propósito señalaremos, en primer término, lo que se ha hecho en condición de fundador y organizador del curso de Pruebas para el Estudio de la Personalidad: en segundo lugar reseñaremos lo que a nuestro juicio se ha logrado de parte de los alumnos y, luego de hacer algunos comentarios, resumiremos en último puesto lo que consideramos que es posible realizar en lo venidero sin que ello represente un cambio significativo en la política presupuestal de la Universidad constituyendo, si, un giro fundamental y necesario que permitirá formar profesionales competentes. Naturalmente no es posible hacer una separación tan tajante entre los diversos aspectos pues en la situación de aprendizaje hay complementaciones mutuas y por ello los tocaremos indistintamente cuando sea necesario. Además, creemos que es necesario tomar en cuenta las recomendaciones que hace The Committee on Training Clinical Psychology of the American Psychological Association y así lo haremos cada vez que sea menester procurando considerar únicamente las que tienen relación con el curso de Teoría e Investigación de Pruebas para el Estudio de la Personalidad.

## I. ORGANIZACION DEL CURSO

a) **Horario y local.—** Durante el año académico se han dictado 76 horas de clase cada una de las cuales se ha mantenido 60 minutos como mínimo. Aproximadamente el 50% ha estado destinado a exposiciones teóricas y el resto a aplicaciones prácticas. Las primeras se han desarrollado en el local denominado Anexo de la Facultad de Letras y las segundas en la Clínica San Isidro gracias a las facilidades concedidas por el Dr. Baltazar Caravedo. Además, los estudiantes que deseaban podían mejorar su aprendizaje supervisado en el Pabellón Nº 1 del Hospital Víctor Larco Herrera que el Dr. Federico Sal y Rosas puso a disposición de los alumnos con el mayor interés y entusiasmo. Lamentablemente el aprovechamiento de estas fuentes de material ha sido exigua pues, con excepción muy singular, los estudiantes las desdeñaron del mismo modo como hicieron con un centro de rehabilitación de alcohólicos que funcionaba como dependencia del Departamento de Higiene Mental y que el médico jefe —Dr. Manuel Almeida— también puso a disposición de nuestros alumnos que no obstante haberse comprometido a concurrir para hacer prácticas, jamás lo hicieron.

b) **Colaboradores del curso.—** Con el propósito de proporcionar a los alumnos la mejor orientación en diferentes aspectos de una misma materia al mismo que dábamos oportunidad de tratar con distintos procedimientos de enseñanza, pedimos la cooperación del Dr. Carlos Bambarén Vigil. Dr. Carlos García Pacheco. Ellos la otorgaron con gran complacencia ocupándose el primero del Test Gestáltico Visuo-motor de Bender y el segundo de las bases de la Grafología. No hemos

contado con ningún jefe de prácticas que en número variable hace tanta falta en nuestra cátedra.

c) **Material de estudio.—** El humano, tanto normal como anormal, ha sido tomado de algunos de los centros médicos nombrados; el instrumental ha sido proporcionado por el que cada profesor maneja privadamente: el bibliográfico ha estado basado en la lista que oportunamente presentamos al decanato y que consideramos básico. Pero en términos generales el uso del material bibliográfico ha sido nulo pues de los libros y revistas solicitados es muy escaso, por decir lo menos, lo que existe en la Biblioteca de la Facultad de Letras.

d) **Fin y programa del curso.—** Se ha propendido a dar a los alumnos los conocimientos teórico-prácticos indispensables para lograr su capacitación en el empleo de algunos métodos de diagnóstico. Pero, a nuestro juicio, especialmente la enseñanza ha estado encaminada a conseguir que los alumnos logren interés genuino por el material clínico, a que se tornen diestros en la aplicación de las pruebas fundamentales y a que se posesionen de métodos de trabajo sistemático de tal modo que no sólo sepan manejar las pruebas enseñadas sino que tengan suficiente base para poseer elementos generales y fundamentales que son útiles para aplicarlos a cualquier otra prueba de personalidad que los estudiantes pueden aprender durante su vida universitaria o profesional. Con estos fines en mente, el programa ha sido el siguientes:

1.—Observación e informes.
2.—Conducta humana y crecimiento de la personalidad como fundamentos para ser aplicados en cualquier técnica proyectiva.
3.—Psicodiagnóstico de Rorschach: estructura, técnica, calificación y conformación del psicograma; se ha tocado muy superficialmente lo atañedero a interpretación.
4.—Test de Bender: estructura, técnica, valoración e interpretación.
5.—Escala de Wechsler-Bellevue: estructura, técnica, calificación, determinación de los cuocientes intelectuales e interpretación proyectiva de los principales síndromes mentales.
6.—Asociación de palabras y completud de frases: método, determinación de áreas de disturbio emocional, aplicación en la clínica, investigación de la culpa.
7.—Grafología: historia, estudios experimentales, consideraciones teórica y clínicas; casos ilustrativos.

Es honesto reconocer que no se ha debido de comenzar a enseñar una prueba tan complicada como el Rorschach; pensamos que esta circunstancia debe de haber jugado algún rol en el poco interés de nuestros alumnos.

## II. LABOR DE LOS ESTUDIANTES

En general ha existido poco interés real aunque si bastante interés aparente. No ha sido difícil despertar rápidamente el entusiasmo para diferentes tareas pero, lamentablemente, la respuesta inicial se perdía con la misma veloci-

dad; el entusiasta interés reactivo era tan fugaz que no lograba encausarce dando como consecuencia incumplimiento en las tareas señaladas y apreciable ausentismo tanto a las reuniones prácticas como a las teóricas de los diversos profesores. Consideramos alarmante la falta de capacidad para una labor sistemática y la ausencia de trabajo eficiente. Conceptuando que el psicólogo es profesional que debe de saber observar con ordenada naturalidad y que no debe de ser un simple administrador de pruebas nos propusimos adiestrar a los estudiantes tanto en la observación de personas sanas y enfermas como en los informes escritos correspondientes que debían discutirse paralelamente y en grupo. No obstante las reiteradas solicitaciones en este sentido, de los 8 alumnos regulares, 3 cumplieron con la información del primer caso que se presentó a la primera práctica, 2 con la de la segunda práctica y nadie en el curso del año hasta que en las postrimerías del mismo sólo lo hicieron 6 cuando se les reiteró que el caso por presentarse era de sumo interés y se les recordó que tales observaciones servían para hacer las calificaciones de los rendimientos individuales. Cabe recalcar que entonces se nos objetó diciendo que no habíamos exigido lo suficiente como para que los informes de las observaciones pudiesen servir de base a la nota final. Todos comprendían la utilidad de saber hacer observaciones y la necesidad de ser diestros en informarlas por escrito pero, a pesar de las exigencias, no se entrenaron en ellas no porque fuesen asuntos secundarios sino porque pensaban que no intervendrían en un calificativo.

Consideramos que el aprovechamiento de las clases teóricas ha sido pobre. No obstante que nuestros alumnos sabían anteladamente del punto que debía tratarse en la clase siguiente jamás se interesaron por concurrir con alguna idea sobre el asunto. Nuestros estudiantes no gustan ni saben leer, no sólo desean y esperan que se les proporcione todo digerido sino que pretenden que esta elaboración sea lo más concreta y preparada para aplicar casi como panacea; reclaman que la bibliografía recomendada está en idiomas que no entienden pero cuando se les proporciona textos o artículos en español tampoco los leen a pesar de tenerlos en su poder muchos años. Ha sido notoria la preferencia por métodos de diagnóstico que demandan poco esfuerzo tanto en el aprendizaje como en la aplicación; pero aún en este caso les ha interesado lo eminentemente práctico y, dentro de lo que es más breve y sencillo, lo que es de performance antes que lo verbal.

No hemos apreciado ningún afán por entrar en contacto con la persona normal o enferma y tanto a las clases teóricas com a las prácticas los estudiantes no sólo llegaban con retraso sino que apremiaban al profesor para que terminase la reunión apenas llegaba la hora. No es infrecuente que como razón de peso para justificar el incumplimiento en una tarea se señala el trabajo extrauniversitario o la necesidad de cumplir con la labor designada por otro profesor. Notamos marcada tendencia a expresarse en términos de diagnóstico o en otros de psicopatología sin que se tenga conocimiento del primero ni significación de los últimos. Los estudiantes han reclamado, con justa razón, la carencia de instrumental; algunos han tratado de conseguirlo por su cuenta pero sin lograr éxito

en su mayor parte porque los fabricantes no venden materiales para tests a los alumnos.

Nos parece que también existe poca comunicación entre los estudiantes mismos. Aún no saben trabajar en equipo, viven convencidos, de que no es necesaria la cooperación, viven muy separados unos de otros probablemente porque casi todos desempeñan ocupaciones que además de absorberles precioso tiempo, aunque estén vinculados a la psicología, no las aprovechan en aplicaciones prácticas. Un hecho que a nuestro entender es bastante revelador; sobre todo si se tiene en cuenta el grupo tan reducido, de la desconexión en que viven nuestros alumnos y del desinterés que muestran por su formación se presentó cuando después de muchas e interminables postergaciones solicitadas por ellos, hubimos de tomar un examen escrito en el segundo semestre. En la fecha acordada sólo se presentaron cuatro alumnos. Los restantes señalaron una nueva fecha al que concurrió uno de los del primer grupo pidiendo nuevo paso. Se le admitió. Lo destacable es que a ambos grupos se les pusieron las mismas preguntas y los resultados fueron tan desalentadores como parejos, los estudiantes del segundo grupo no tenían la más remota idea de lo que habíamos interrogado a los del primero; el alumno que repitió el mismo examen tuvo rendimiento tan malo en el segundo como en el primero. Tratándose de un grupo pequeño es llamativa esta falta de comunicación; pero quizá esta ausencia se vincula sólo a los asuntos curriculares como índice de desinterés.

## III. COMENTARIO

No obstante que el curso de Teoría e Investigación de Pruebas para el Estudio de la Personalidad entraña delicada responsabilidad profesional, creemos que es posible conseguir adecuado entrenamiento sin que se grave notoriamente el presupuesto universitario. Conceptuamos que lo que hace falta primordialmente no es dinero sino una conveniente estructuración en la enseñanza y para que ella tan efectiva como necesaria es fundamental que se organice en forma tal que la función del claustro, de los alumnos y de los maestros sea realmente estructurada. Dejando de lado a los últimos que a nuestro juicio deben de tener no sólo preparación suficiente sino también un genuino espíritu docente queremos decir algo sobre los dos primeros elementos.

La Universidad está en la obligación de favorecer la formación de profesionales que durante su desempeño no pongan en peligro la salud individual ni colectiva, que propenda a colaborar en las diversas áreas para las que están preparados y que sean verdaderos elementos orientadores en campos tan diversos como pedagogía, selección de personal, aconsejamiento, defectos de lenguaje y otros. Pero a todo debe de agregarse una función, quizá mucho más importante, que en cierto modo está reservada a las primeras promociones de psicólogos. Nos referimos a la circunstancia de que por ser ellos los que han de comenzar a trabajar y a hacer conocer su profesión, están en el deber de desempeñarse con altura y eficiencia máxima. Y estas realizaciones sólo pueden lograrlas si

encuentran que quienes se graduan de psicólogos sean los más aptos personal y profesionalmente.

No podemos perder de vista que el psicólogo es un profesional con serias responsabilidades y limitaciones que, lamentable e inexplicablemente, no han sido señaladas como es menester, lo que ha dado lugar a problemas legales que hemos tocado en otra oportunidad. (2) También quisiéramos recalcar que nosotros no admitimos la especialidad llamada psicología clínica porque ésta implica psicoterapia que consideramos no puede ser realizada por el llamado psicólogo clínico porque la psicoterapia no es su patrimonio. Y hacemos esta aclaración porque con frecuencia se nos llama la atención por qué es que a pesar de no admitir esa categoría de psicólogo nos interesamos en que nuestros alumnos logren fructíferos contactos con el material humano, por qué es que deseamos que ellos logren las mejores bases para manejar pruebas de personalidad que incluyen el diagnóstico psicológico y porque es que propendemos a que se posesionen de métodos de trabajo que les permitan hacer investigaciones y formar nuevos profesionales idóneos. Nada de esto es simple desvelo pedagógico. Es que nosotros conceptuamos la profesión de psicólogo como algo fundamental en multitud de aspectos de la vida humana de tal modo que no sólo tiene que colaborar en la recuperación de la salud sino, lo que es más importante, en la orientación y conservación de la misma tanto en el aspecto individual como social. Unicamente nos oponemos a que los psicólogos practiquen psicoterapia porque consideramos que esa ciencia y arte es patrimonio exclusivo del médico (2). En el mismo sentido creemos que deben interpretarse los Estatutos de la Federación Internacional de Psicoterapia Médica que fueron presentados y aprobados en el I Congreso Internacional de Psicoterapia realizado en Barcelona en 1958. (4).

Creemos, pues, que la Universidad debe de preparar un solo tipo de psicólogo como se prepara un solo tipo de médico. Más tarde, no únicamente en en virtud de inclinaciones sino también de oportunidades, los distintos profesionales se encaminarán en diferentes áreas de trabajo especializado cada una de las cuales tiene sus propias limitaciones como debe tenerlas todo psicólogo. Con esto en mente consideramos que en el momento actual nuestra misión formativa debe dirigirse a preparar profesionales que en el aspecto teórico y práctico queden aptos para el diagnóstico y la investigación; se comprende que ambos inciden en el tratamiento que en todo caso debe estar a cargo de un médico.

Creo que ahora puede verse con más claridad que cualquiera que sea el camino que ha de seguir el profesional psicólogo debe de estar provisto de una formación básica que le permita no sólo asimilar debidamente las corrientes evolutivas del pensamiento psicológico sino que le permita aplicar con idoneidad los productos de tal formación. Esto es lo general. Tratándose de la cátedra de Teoría e Investigación para el Estudio de Pruebas de la Personalidad es obvio que tiene que ver esencialmente con los dos grandes pilares en que se basa la preparación del psicólogo. Tal esencia presupone no tanto un programa riguroso sino más bien una armónica función entre alumnos y maestros que pueden

ajustarse bastante adecuadamente a las actuales condiciones del local. Esta estructuración puede proporcionar apreciable frutos si se aunan los esfuerzos para formar profesionales capaces.

Si recordamos cual ha sido la labor de nuestros alumnos podemos intuir graves deficiencias que no debemos atribuirlas únicamente a defectos de personalidad sino también, de una parte, a falta de incentivos porque los futuros profesionales, o diferencia de los médicos por ejemplo, no saben cómo han de desempeñarse ni qué ventajas pueden lograr y, de otro lado, a que esta insegura e indeseable situación se acrecienta porque cada profesor dicta su curso en forma totalmente independiente dándose al alumno la sensación de completa desarticulación en su etapa formativa. Nos parece que esta sensación de desorden es sólo parcialmente atribuible a la independencia en el dictado de las diversas cátedras o a los defectos que tiene todo profesor; pues no debemos olvidar que si tratásemos con alumnos maduros que saben estudiar y que se interesan por aprender, esa sensación se minimizaría notoriamente. Se comprende que este inconveniente puede deberse a falta de vocación docente y a ausencia de selección del postulante.

Desde el punto de vista de la falta de cohesión, que repetimos quizá es más aparente que real, en el dictado de los cursos se hace imprescindible la presencia de un miembro del Instituto de Psicología con el caracter de coordinador*. Además, justo es reconocerlo, es necesario que asi como debemos exigir que los alumnos cumplan, también es más necesario que los catedráticos lo hagan pues éstos son los elementos directrices de aquéllos. No sin frecuencia hemos escuchado que en algunas de las reuniones de profesores del Instituto de Psicología —donde se discuten con la mayor sinceridad no sólo los problemas de caracter docente y administrativo sino también los personales de cada uno con referencia a la enseñanza— alguien ha pretendido justificar el incumplimiento y la impuntualidad por el honorario simbólico que al presente percibe cada catedrático. Naturalmente que no estamos de acuerdo con remuneraciones simbólicas creemos que el trabajo —y sobre todo el de la enseñanza universitaria— debe de ser bien pagado. Pero creemos también que si existe la imposibilidad de cumplir como es menestar en la formación de profesionales, no se ha debido de aceptar un cargo y menos el que atañe a los que han de tener responsabilidad pública. Creemos que

---

* Incluímos en el término local no sólo el claustro universitario sino también todas las corporaciones que pueden prestar su concurso en la preparación de los estudiantes. Podemos citar: colegios, hospitales, centros de reeducación, institutos especializados, prisiones y otras.

* El Plan de Estudios y Reglamento de la Facultad de Letras determina en el Art. 18 que el Consejo Directivo de la Facultad elige por tres años a un profesor de la misma con grado universitario en el cargo de Director de Estudios que entre las atribuciones que le señala el art. 19 se encuentra la de "coordinar los programas de los cursos de la Facultad". Creemos que dadas las funciones del Instituto de Psicología el coordinador (o el título que pudiese recibir) debe ser miembro del Instituto dedicado a labores del mismo y no a otras de las diferentes especialidades del a Facultad de Letras.

si alguien se siente insuficientemente remunerado, por ningún motivo debe de hacer un simulacro de enseñanza. Suponemos que más daño se hace a los alumnos cuando se hallan al frente de un catedrático con interés por enseñar, debido a que se deje el cargo libre pues no faltará quien con menos "sabiduría" pero con más interés y amor dedique algo de tiempo a la enseñanza. Y no hay que olvidar que el psicólogo quizá necesita menos de acúmulo de materias curriculares que de formación humana y de actitudes científicas constructivas.

Aunque no pretendemos ocuparnos del problema de la selección al Instituto de Psicología creemos oportuno trascribir los requisitos personales que en opinión de la Comisión sobre Entrenamiento en Psicología Clínica de la Asociación Psicológica Americana debe de poseer todo estudiante que pretende ser psicólogo. Los requisitos son:

**1.—Habilidad intelectual y capacidad de juicio superiores.**
**2.—Originalidad, recursos y versatilidad.**
**3.—Curiosidad, "fresca e insaciable"; aprendizaje espontáneo.**
**4.—Interés en las personas individuos más que como material de manipulación— una consideración para la integridad de otras personas.**
**5.—Conocimiento (insight) de las propias características de la personalidad; sentido del humor.**
**6.—Sensibilidad para las complejidades motivantes.**
**7.—Tolerancia; "no arrogancia".**
**8.—Habilidad para adoptar una actitud "terapéutica"; habilidad para establecer relaciones calurosas y afectivas con los demás.**
**9.—Industriosidad; hábitos de trabajo metódico; habilidad para tolerar la presión.**
**10.—Aceptación de la responsabilidad.**
**11.—Tacto y cooperación.**
**12.—Integridad, auto-control y estabilidad.**
**13.—Sentido discriminatorio de los valores éticos.**
**14.—Base cultural— "hombre educado".**
**15.—Interés profundo en psicología, especialmente en sus aspectos clínicos.**

Indiscutiblemente los requisitos son tremendos pero para hacerse una selección ellos son necesarios sino en su totalidad por lo menos en su mayor parte. Y esto es fundamental porque, entre otras cosas, los psicólogos deben de trabajar estrechamente con los psiquiatras. Es obvio que la psiquiatría se perjudicaría con psicólogos insuficientemente formados por falta de dotación personal. No cabe duda que muchos de nuestros alumnos poseen en apreciable grado parte de las exigencias anotadas. Pero, problamente, ellas no se revelan en su total riqueza por la presencia de los otros factores que hemos mencionado.

Acerca del desaliento que produce el suponer que las fuentes de trabajo escasean, debemos recordar que las áreas de función que los psicólogos deben de poseer son muy numerosas. Podemos mencionar las siguientes: centros de orientación vocacional, clínicas de higiene mental, colegios para normales y subnormales, hospitales generales y psiquiátricos, clínicas neuroquirúrgicas, centros de asistencia social, agrupaciones antialcohólicas, entidades industriales y prisiones

Tan promisor horizonte exige sólida preparación en las Pruebas para el Estudio de la Personalidad. Como es imposible trabajar con eficiencia en centros que sólo se les conoce de nombre pero con los que no se ha tomado ningún contacto es imprescindible que el alumno se familiarice con el material que ha de encontrar en su vida profesional. Esto implica un riguroso entrenamiento en tales centros. Y si esto no ocurre, las profesionales que formamos tendrán una visión unilateral y muy deformada de lo que constituye el curso y de la actuación que tendrán en su práctica personal. Recordamos nítidamente cuando un par de alumnos habituados a tratar con normales se pusieron en contacto con un enfermo al que tenían que examinar; al terminar la sesión demasiado desordenada no vacilaron en comunicarnos con desaliento y decepción: "esto es muy distinto, no sabíamos por dónde empezar". Quizá no hubiésemos escuchado tan revelador como indeseable comentario si esos alumnos hubiesen tenido más oportunidades de tratar con material humano diverso y si hubiesen aprovechado mejor de las ocasiones que se les ofrecieron.

Es, pues, indudable que el campo de trabajo para el psicólogo es vasto pero para que sea igualmente apreciado y compensado, la profesión debe de prestigiarse mediante una labor constructiva y honesta. De otro modo, la psicología como profesión corre el riesgo de ser tomada por unos cuantos audaces con el desprestigio consecuente que en último término dará lugar a una cercenación de las posibilidades ocupacionales. Ya hemos señalado lo penoso que es la labor de organizar, dirigir y mantener el entrenamiento de profesionales cuyas funciones todavía son desconocidas no sólo para un amplio sector de la población lega sino también para gran cantidad de representantes de las más diversas profesiones y de casi la totalidad de industria. En el campo pedagógico y otros afines los profesionales que estamos formando son reconocidos como tales pero de manera muy equivocada pues se les conoce de nombre pero se ignora cuáles son sus funciones y sus responsabilidades. Como consecuencia de esto un buen número de estudiantes de la Universidad Católica y de la de San Marcos funcionan como consejeros en muchos colegios. Y esto es muy bien visto y tolerado sin reservas por pedagogos, padres de familia y autoridades porque estos suponen que basta ser estudiante de psicología, maestro, aficionado o "inteligente" para tener atributos suficientes como para dirigir a los escolares en muchos de los complicados aspectos de sus vidas emocionales. Aunque no es nuestra intención ocuparnos de este asunto que consideramos grave por las repercusiones perniciosas en la salud individual y colectiva, lo hemos señalado para destacar que en nuestro país aún no se tiene idea de lo que es un psicólogo y, lo que es peor los alumnos actuales tampoco lo saben. Ellos se encuentran desorientados y no es infrecuente que por desconocer las consecuencias y pretendiendo hacer el bien irrumpan en algún campo para el que no se encuentran preparados.

Como hecho anedótico podemos referir que en cierta corporación existe un "psicólogo" que tiene labor muy sui géneris. De repente le llegó un "colaborador" (estudiante de psicología) que llevaba la misión de hacer selección de personal. Al consultar con su jefe acerca de la labor que debería de realizar recibió como

respuesta que hiciese "cualquier cosa" y el colaborador, ni corto ni perezoso, se dedicó a emplear un método de completud de frases creyendo que el sistema podría serle útil. Desconocemos los resultados de tan peculiar selección pero ella nos revela no sólo lo peligroso de la ignorancia sino la ausencia de sentido de responsabilidad y de valores éticos del mencionado "psicólogo". Aún con un pensamiento operoso es posible predecir lo que sucederá en nuestro país con unos cuantos "psicólogos" como el que "hace cualquier cosa" en materia de selección de personal. Creemos que somos los psiquiatras los que en este momento debemos de impedir que tales hechos ocurran y una manera de hacerlo es propiciando la formación de profesionales idóneos.

## IV. REALIZACIONES POSIBLES

Si de un lado contamos con alumnos que poseen positivas cualidades de la personalidad y de otra parte existen profesores con genuino interés pedagógico, ambos pueden funcionar adecuadamente si se hacen algunas modificaciones en el local. La cátedra de Pruebas de la Personalidad, que como hemos dicho al comienzo de esta nota preferimos denominarla Métodos de Diagnóstico, debe de entrenar gente que tiene que contribuir para el estudio e investigación de la personalidad, para colaborar en el diagnóstico psiquiátrico y en el tratamiento. Es comprensible que el entrenamiento debe ser intensivo y la preparación sólida. No se trata únicamente de preparar técnicos que sepan aplicar tal o cual prueba sino que estamos en el deber de formar profesionales que conozcan del origen, naturaleza y dinámica de las condiciones normales o anormales que se investigan. Y para esto se necesitan de los correspondientes en los que el alumno puede observar y aplicar sus conocimientos teóricos. Hasta hoy esta labor ha podido realizarse parcialmente y con mucho esfuerzo en una clínica privada donde, por razones obvias, no se trataba con material patológico sino normal (empleados que se prestaban voluntariamente a las exploraciones). Pero este tipo de labor no es suficiente.

Necesitamos en primer lugar que la Universidad Católica logre la estrecha cooperación con diversas organizaciones clínicas (algunos pabellones del Hospital Víctor Larco Herrera, hospitales militarizados, Departamento de Higiene Mental, algunos colegios, prisiones, Puericultorio, algunas clínicas psiquiátricas privadas). Es necesario que se tomen conexiones estrechas con muchos centros y no como hemos venido funcionando hasta el presente porque cada vez los alumnos son más numerosos y porque deben de rotar en varios centros. No se trata, pues, que cada profesor —en virtud de sus conexiones personales— lleve a los alumnos más interesados a los lugares donde él tiene acceso. Se trata que en esos centros nuestros alumnos sean reconocidos como practicantes que en tanto van a enriquecer su experiencia también van a beneficiar al centro donde se ejercitan dejando los productos de las observaciones, informes y protocolos de tesis revisados y aprobados por personal de la cátedra.

En segundo lugar se requiere que las organizaciones clínicas que la Universidad Católica elige sean centros en los que rutinariamente se emplean los servicios coordinados de psiquiatras, psicólogos, asistentas sociales, terapeutas ocupacionales, antropólogos; es preferible, bajo todo punto de vista, que se seleccionen los organismos donde se efectúan reuniones clínicas regulares a las que voluntariamente podría asistir el estudiante en calidad de observador. Centros de esta naturaleza tendrían por fin dar al alumno una visión más exacta del papel que juegan las pruebas de personalidad en particular y del que les atañe a los psicólogos en general cuando se hace el estudio integral de un caso. Si se trata de organizaciones no médicas el estudiante se beneficiaría con la discusión del caso (o de los casos) en sesiones prácticas.

Por último, se necesita que en los centros elegidos por la Universidad Católica se efectúe una supervisión competente. Como esto demandaría un personal excesivo que la Universidad aún no está en condiciones de afrontar, la supervisión (hasta que contemos con psicólogos suficientes en diferentes organizaciones) se realizaría por el personal del centro escogido bajo la forma de control de horas de asistencia y de trabajo realizado. La calidad del mismo sería determinada por personal de la cátedra.

Quisiéramos destacar que estas posibilidades de acción no son iguales ni sustituyen al Internado que el estudinate deberá realizar en el sexto año de estudios. Conocemos que existe gran interés en conseguir la colaboración de los centros que hemos señalado; pero esa colaboración no sólo requiere de mayores exigencias sino que se solicitaría para que el Instituto de Psicología proporcione un servicio. El plan que conocemos es magnífico y por lo mismo no es de muy fácil realización. Además, en el caso de hacerse —lo que constituye un necesidad urgente— podría estructurarse a plazo largo. Lo que nos otros proponemos, nos parece, es un plan que podría ejecutarse en el más breve plazo y creemos que no se tendrían tropiezos. De acuerdo a lo esbozado, simplemente proponemos aprovechar de organizaciones que no sólo se beneficiarán transitoriamente hasta donde sea posible sino que puede permitir el mejor funcionamiento del servicio si éste toma para si al futuro profesional siempre que demuestre condiciones. Creemos que la estructuración que se propone bien puede sustituir transitoriamente la falta de un hospital universitario (y de otras dependencias) que debe existir como organismo funcional de la Universidad.

También queremos destacar que con el propósito de no complicar el sistema, por el momento no tocamos los centros industriales. Quizás éstos, conjuntamente con los colegios, podrán servir en el futuro pero no tanto para labores de entrenamiento sino para funciones de tipo profesional que bien podrían permitir el desarrollo económico que tan urgentemente necesita el Instituto de Psicología.

A nuestro juicio el programa es conveniente ya que permitiría aceptable entrenamiento a los estudiantes que practican en Pruebas de la Personalidad. Es urgente que nuestros alumnos no tengan una imagen equivocada de lo que es su profesión y de lo que es la enseñanza de la misma en la que ellos tendrán que tomar parte activa y decisiva. No es posible que se siga la carrera de psicó-

logo por "sport" como pretenden muchos alumnos de otros centros de formación universitaria en nuestro país. Consideramos que en el momento actual los psiquiatras estamos en el deber de esforzarnos por conseguir un buen nivel de la profesión psicológica que no sólo ha de repercutir en bien de la psiquiatría sino, lo que es más importante, en provecho de la sociedad toda. Creemos que no seremos exagerados si a modo de recuerdo dejamos impreso que tenemos la sensación que hay gente interesada en formar psicólogos incompetentes, audaces y carentes de ética. Naturalmente, no podemos esperar que todos los profesionales sean perfectos pero si podemos esforzarnos para que los que llegan a serlo constituyan un grupo selecto.

Son los alumnos de este grupo los que dirigidos por maestros debidamente preparados y bien intencionados no esperarán notas aprobatorias sin esforzarse en lo menor, son los que no han de suponer que ser psicológogo por "sport" es algo posible y deseable, son los que no creerán que es lo más fácil e inocuo del mundo administrar una prueba, proporcionar un consejo, hacer un diagnóstico psicológico, impugnar un diagnóstico médico o seleccionar personal. Esos alumnos seleccionados y adecuadamente entrenados harán desaparecer una concepción equívoca que está tomando arraigo y que consiste en concebir la carrera de psicólogo como algo superficial basándose muchas veces en la facilidad con que consiguen aprobación y en el ejemplo que reciben de unos cuantos audaces que autotitulándose psicólogos cometen los más grandes desatinos, por decir lo menos, sin que hasta el presente reciban sanciones como las que tienen todos los profesionales. Nosotros creemos que la profesión de psicólogo dista mucho de ser del tipo "sport". Creemos que es una profesión que demanda esfuerzo y que puede hacer mucho bien cuando con base sólida la desempeñan los que están capacitados y los que cuentan con capacidades para ello pero que puede causar mucho más daño cuando la ejercen quienes no deben.

Un buen psicólogo debe de saber manejar diferentes pruebas de personalidad y nosotros debemos de dar al estudiante los elementos necesarios para tal manejo. Esto, unido a una observación metódica podría compararse a los medios que tiene a su alcance el médico clínico cuando puede hacer un diagnóstico certero gracias a sus sentidos y a su capacidad de observación, enriquecido todo por el amor al sujeto y el interés por el caso. De este modo, el médico y el psicólogo tienen bastante de común aunque sus áreas de función son diferentes. Para esclarecer nuestra apreciación creemos oportuno citar a Shakow y col. que, en Recommended Graduate Training Program in Clinical Psychology, refiriéndose a lo que se espera de la educación médica transcribe la siguiente opinión de Abraham Flexner: "16 la escuela médica no puede esperar producir médicos totalmente entrenados; a lo más puede ayudar a equipar a los estudiantes con una limitada cantidad de conocimiento, entrenándolos en el método y en el espíritu de la medicina científica y lanzándolos con un potencial que pueda hacerlos aprendices activos —Observadores, lectores, pensadores y experimentadores— en los años venideros... Si el arreglo general del curriculum es adecuado, la tarea puede ser mácil y si es inconveniente la hará demasiado difícil; pero de modo general mucho más

—muchísimo más— depende del maestro y del estudiante que simplemente de la mecánica curricular o de los proyectos de enseñanza".

El simple cambio del término "médico" por "psicólogo" nos permite volver a nuestro punto de vista fundamental que consite en seleccionar alumnos, esforzarse en el trabajo de la enseñanza y contar con un local. Creemos que de este modo hemos de conseguir que los estudiantes no sólo tengan un exacto conocimiento de lo que constituye el curso de Teoría e Investigación de Pruebas para el Estudio de la Personalidad sino que los pondremos en situación de ser profesionales responsables.

Una apreciación desapasionada nos permitirá percatarnos que nada de lo dicho es nuevo en esencia ya que en el realidad participa del espíritu que anima a todos quienes pertenecen a la Universidad Católica. Para reforzar nuestra opinión nada nos parece tan oportuno como las palabras que el Rvdo. Padre Jorge Dintilhac (7). Fundador y Rector de la Universidad, dirigió a los alumnos y que transcribimos: "... Bien sabéis que en la Universidad Católica la relación entre las autoridades, los profesores y los alumnos, no es simplemente reglamentaria, sino la de una verdadera comunidad cultural. Nuestra Universidad es, ante todo, una familia espiritual. Las puertas del rectorado han estado y están abiertas a todos los alumnos y hemos considerado como uno de los rasgos de este hogar el que tanto las autoridades como los catedráticos acojan con espíritu de comprensión y simpatía, no sólo las justas reclamaciones de los alumnos, sino sus ideales y aspiraciones. El progreso de nuestra Institución y su vida misma están basadas en esta estrecha cooperación. Nuestra Universidad ha tenido que luchar no sólo contra la escasez de vocaciones docentes sino contra la estrechez económica. A pesar de todo, no hemos omitido esfuerzo para servir al país y a la juventud, en la convicción de que, lado de nuestro deber de dar a la patria profesionales de sólida formación integral, también teníamos el de mantener el sentido humanista de nuestro instituto, que le corresponde no sólo por su carácter de Universidad sino principalmente por su tradición católica. Bien sé que aún nos falta mucho por hacer. Para esta obra futura necesitamos mantener nuestro espíritu de trabajo, de entusiasmo intelectual, de serenidad y de estrecha cooperación".

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistcal Manual, Metal Disorders. Washington 1952.
2. Gutiérrez-Noriega, C.: "Diseño de un estudio Psicológico y Antropológico de la raza Amerindiar". Actualidad Médica Peruana 3, 1937.
3. Seguín, C. C.: Sindrome común en la práctica hospitalaria". Revista Médica del Hospital Obrero. Val. 1. Nºs 1-2 Marzo, Junio 1952.
4. Seguín, C. C.: Introducción a la Medicina Psicosomática". Editorial Gráfica T. Scheuch S. A. Lima 1947.
5. Monge, C. Contrareras L. Velásquez T. Reynafarje, C. Monge Cassinelli, y Chávez, R.: "Adaptaciones fisiológicas de los habitantes del trópico en relación con los cambios de altitud". Anales de la Facultad de Medicina: 31.

6. Monge, C.: El Concepto de Aclimatación". Conferencia de Ciencias Antropológicas, Homenaje al IV Centenario de San Marcos. Editado por la Escuela de Altos Estudios de la U. N. M. S. M. Lima 1950.
7. Simmons, C.: "El uso de los conceptos de Aculturación y Asimilación en el estudio del cambio cultural en el Perú". Conferencia de Ciencias Antropológicas. Homenaje al IV Centenario de San Marcos. Editado por al Escuela de altos estudiis de la U. N. M. S. M. Lima 1950.

# VIDA DE RELACION DE LOS POBLADORES DE MENDOCITA

**Por Humberto Rotondo, Carlos Bambarén Vigil, Javier Mariátegui, Pedro Aliaga Lindo, Carlos García Pacheco***

Los pobladores del área de tugurios de Mendocita, ubicada en el distrito de La Victoria de la ciudad de Lima, ofrecen a la observación problemas de comunicación y de relaciones interpersonales. En el trabajo de campo con motivo de otras investigaciones, se pudo comprobar relativo aislamiento de los vecinos entre sí, fricciones frecuentes, desconfianza y gran recelo, además de prejuicios étnicos.

Variados informantes dieron a conocer una escasa afiliación a grupos formales de todo tipo y la ausencia de espíritu de comunidad a través del escaso interés por la suerte del barrio.

Dentro del estudio socio-psiquiátrico de esa población, la investigación específica de la vida de relación podría contribuir a iluminar uno de los aspectos fundamentales de su situación y descubrir áreas de desorganización en las relaciones interpersonales. En primer lugar estudiamos la asociación a grupos voluntarios y en segundo la simple relación entre las personas dentro y fuera del barrio, con especial énfasis en aspectos sociométricos. Aparte intentamos obtener una información sobre las actividades recreativas de los pobladores adultos.

## MATERIAL Y METODO

La muestra que utilizamos está integrada por 168 personas adultas, 75 hombres y 93 mujeres. Atendiendo a la procedencia 36 son limeños, 68 costeños y 64 serranos. En lo que se refiere a pertenencia a grupos domésticos tenemos la siguiente composición: Solitarios 4, Matrimonios 8, Heterogéneos 12, Incompletos 15, Agregados 36 y Nucleares 93. Estos pobladores de Mendocita son de condición económica marginal, principalmente obreros no calificados los varones y dedicadas a labores domésticas las mujeres. Empleamos para los fines de la investigación un cuestionario especial, completando la información con entrevistas personales.

## R E S U L T A D O S

### Afiliación a grupos voluntarios formales

1. **Afiliación a las llamadas asociaciones de barrio y de propietarios.—** En el barrio de Mendocita existen dos asociaciones de este tipo que reúnen a una pequeñísima parte de sus moradores. La "Asociación de Propietarios" defiende

* División de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú.

sus intereses y su objetivo principal, en la actualidad, es conseguir la pavimentación de calles y dotación de agua y desagüe para el barrio, con la consiguiente mejora de sus propiedades. Si se prolonga y regulariza ciertas calles de la zona, muchos de los inquilinos de Mendocita tendrán que salir, creándose una gravísima situación para ellos pues pagan ínfimos alquileres y sus magros ingresos no les permitían conseguir vivienda adecuada en otras áreas urbanas. Los propietarios de lotes de Mendocita que habitan en el lugar son pocos. Algunos dejaron la zona pensando que "no era conveniente para sus hijos", otros nunca han residido allí. En el censo de las barriadas marginales (Instituto de Etnología, 1956), sólo 16 jefes de familia de Mendocita se declararon propietarios de sus casa-habitaciones, en tanto que 754 expresaron ser arrendatarios.

Existe una denominada "Asociación de Pobladores Unidos de Mendocita y Agregados" que ha tenido actividades ocasionales y de poca importancia, al parecer con motivación político-electoral. Tiene una directiva nominal y ha proclamado como su finalidad la salida de la población para su establecimiento en terrenos baldíos de propiedad del Estado.

**CUADRO Nº 1.— Distribución comparativa de los Jefes de Familia según su afiliación a Asociaciones de Barriadas**

| | Barriadas de Lima | Marginales (total) | Mendocita | | Mariscal | Castilla |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Afiliados | 12,404 | 59.06% | 15 | 1.4% | 563 | 83.4% |
| No afiliados | 6,717 | 31.98% | 704 | 69.9% | 89 | 1.1% |
| Ignorados | 1,182 | 8.96% | 57 | 5.6% | 1 | 0.1% |
| Sin respuesta | — | — | 231 | 22.9% | 22 | 3.2% |

En Mendocita sólo 1.4% del total de los jefes de familia pertenecen a la "Asociación de Propietarios", lo cual explica la notable diferencia con respecto a lo que sucede en las barriadas marginales de la Gran Lima, donde sus pobladores en gran mayoría se unen para defensa de la posesión de los terrenos adquiridos por invasión y para fines de mejora de la colectividad.

**2. Afiliación a grupos voluntarios formales en general.**— Un primer hallazgo es la bajísima afiliación a todo tipo de grupo voluntario formal: sólo 42 sujetos de 168 de la muestra, (25%) son miembros de alguna organización.

**CUADRO Nº 2.— Afiliaciones por persona**

| | LIMA | | COSTA | | SIERRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Varones | Muejeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Una afiliación | 4 | 3 | 12 | 8 | 6 | 4 |
| Dos afiliados | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| Totales | 5 | 3 | 14 | 8 | 7 | 5 |

El 34.6% del total de los varones de la muestra tiene alguna afiliación mientras que sólo el 17.2% de las mujeres. Este dato muestra a la mujer en desventaja frente al hombre en cuanto a integración social. Atendiendo a los grupos de procedencia hay mayor porcentaje de costeños (32.5%) y limeños (22.2%) y menor de serranos (18.7%) afiliados. Son escasísimos las afiliaciones dobles, los cuales preponderantemente son de varones.

**CUADRO Nº 3.— Frecuencia de afiliaciones a grupos formales voluntarios**

| Intituciones | Varones | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| Sindicatos | 16 | 2 | 18 |
| Instituciones religiosas | 1 | 9 | 10 |
| Clubes deportivos | 6 | 0 | 6 |
| Asociaciones de provincianos | 3 | 2 | 5 |
| Asoc. de propietarios o de inquilinos | 2 | 3 | 5 |
| Sociedades mutuales | 2 | 1 | 3 |
| Totales | 30 | 17 | 47 |

La afiliación más frecuente es la sindical en la que hay enorme predominio de varones. Las mujeres tienen casi la totalidad de las afiliaciones religiosas. No se comprueba una sola afiliación femenina a asociaciones deportivas y apenas 6 de varones sobre un total de 47, o sea el 12.7%. Las afiliaciones a las asociaciones distritales o provinciales, organizaciones que reúnen a oriundos de un mismo pueblo o provincia, representan sólo el 10.6%.

Analizando las afiliaciones atendiendo a los grupos de procedencia, notamos que los provincianos en Mendocita tienen poca vinculación a las llamadas asociaciones provinciales. Este hallazgo constrasta con lo que ocurre en las dominadas "barriadas" y en otras zonas urbanas donde, conforme lo ha verificado William P. Mangin, esta asociación es factor de cierta ayuda en el proceso de la transculturación y de adaptación a las condiciones de vida de la ciudad. En cambio son frecuentes las afiliaciones a las asociaciones sindicales que, obviamente contribuyen al ejercicio de la solidaridad entre los obreros inmigrantes y los oriundos de la ciudad.

**CUADRO Nº 4.— Afiliaciones a grupos formales según la procedencia.**

| Institución | LIMA | | COSTA | | SIERRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Clubes deportivos | 0 | 0 | 4 | 0 | 2 | 0 |
| Asoc. de provincianos | 1 | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Sindicatos | 3 | 1 | 7 | 0 | 6 | 1 |
| Soc. Mutuales | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Instituciones religiosas | 0 | 1 | 1 | 6 | 0 | 2 |
| Asoc. propietarios o inquilinos | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Totales | 6 | 3 | 16 | 8 | 8 | 6 |

La mujer inmigrante, en Mendocita, tiene más afiliaciones a asociaciones religiosas que la limeña, ésta última también mucho menos integrada a otros grupos formales voluntarios.

Para un conocimiento cabal de la participación social en grupos formales debemos tener en cuenta, además de la afiliación, la intensidad de la asistencia a las reuniones. Esto es lo que analizamos a continuación en función de la pertenencia a los grupos domésticos y a los de procedencia.

**CUADRO Nº 5.— Frecuencia de afiliaciones y de asistencia en los grupos domésticos**

| | Afiliación | | No Asisten | Raramente | Frecuentemente | Muy Activamente |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Solitarios | 1 | 25 % | 100 % | — % | — % | — % |
| Matrimonios | 4 | 50 | 75 | — | — | 25 |
| Incompletos | 7 | 46 | 28.5 | 43 | 14.2 | 14.2 |
| Agregados | 9 | 25 | 11.2 | 44.4 | 44.4 | — |
| Heterogéneos | 3 | 25 | 33.3 | 33.3 | — | 33.3 |
| Nucleares | 23 | 24.7 | 8.6 | 39.1 | 14.2 | 39.1 |

Los pertenecientes a los grupos denominados solitarios y matrimonios son los que menos participación tienen en sus diversas afiliaciones. Los integrantes de los grupos domésticos tienen, comparativamente, una escasa participación social medida a tráves de su concurrencia a las reuniones de las asociaciones de que forman parte. Sin embargo en ellos se advierte un sector que participa frecuentemente y muy activamente. Los miembros de los grupos agregados y nucleares son los que tienen la más frecuente participación, destacándose los últimos por ser aquellos que menos dejan de concurrir a las reuniones. Este hecho interesantemente acompaña a una moral más elevada y a menor patología emocional. La misma relación entre participación social, moral y salud emocional se puede notar en los grupos incompletos, matrimonios y solitarios en los cuales una pobre participación social se acompaña de una moral reducida y mayor patología emocional.

**CUADRO Nº 6.— Frecuencia de asistencia a grupos formales según la procedencia**

| Asisten | LIMA | | COSTA | | SIERRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Nunca | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| Raramente | 4 | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 |
| Frecuentemente | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 |
| Muy activamente | 0 | 1 | 7 | 2 | 2 | 0 |
| Totales | 5 | 3 | 15 | 6 | 7 | 4 |

Se comprueba mayor participación social en los inmigrantes de la zona costeña y menor en limeños y serranos. Anótase en general, menor participación social a grupos formales en las mujeres, aunque se advierte, relativamente mejor concurrencia de las mujeres costeñas.

La proporción de pobladores que visitan a sus vecinos es mediocre, notándose que predominan las mujeres. Es ínfima la proporción de mendocinos que visitan a sus compañeros de trabajo, a pesar que un sector de ellos pertenece a asociaciones sindicales. Moderado es el número de mendocinos que visitan a los "paisanos", haciéndolo más los varones que las mujeres.

**Participación social informal**

Estudiamos a continuación la participación social informal utilizando algunos criterios como: visitas, ingreso al domicilio de otras personas, acercamientos en caso de enfermedad y de necesidad, tomando en cuenta, en términos generales, no sólo lo que el probando hace sino lo que recibe o de lo que es objeto. De otro lado, utilizando criterios sociométricos tratamos de apreciar las preferencias y las aversiones a propósito de una variedad de personas con quienes pudieron entrar o no en contacto y relación y las preferencias de los demás, naturalmente en función de su percepción.

a) **Visitas a otras personas.**— Los pobladores de Mendocita visitan principalmente a sus familiares, luego a vecinos y amigos, compadres y paisanos y por último a compañeros de trabajo.

**CUADRO Nº 7.— Visitas a otras personas**

| | Varones | | Mujeres | | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| Amigos | 15 | 20 % | 14 | 15.05 % | 29 |
| Compañeros de trabajo | 5 | 6.6 | 1 | 1.07 | 6 |
| Familiares | 34 | 45.3 | 56 | 60.2 | 90 |
| Paisanos | 14 | 18.6 | 12 | 12.9 | 26 |
| Vecinos | 13 | 17.3 | 17 | 18.06 | 30 |
| Compadres | 11 | 14.6 | 15 | 16.1 | 26 |
| No visitan a nadie | 15 | 20 | 17 | 18.06 | 32 |

Treinta y dos personas no visitan a nadie, o sea el 19.4% de la población. Esta es una cifra considerable y nos está señalando un gran sector que por cualquier motivo no se acerca a otros para establecer contacto y relación amigables.

Contra toda expectativa, si uno fuera a basarse en ciertas generalizaciones sobre la vida de relación de los pobladores de las grandes ciudades, más de la mitad de los probandos visitan a sus familiares (53.5%). Si establecemos diferencias atendiendo al sexo vemos que las mujeres en un 60.2% visitan a sus familiares, mientras que sólo lo hacen el 45.3% de los varones. La institución del compadrazgo da lugar a una apreciable vida de relación: 14.6% de los varones y 16.1% de las mujeres visitan a compadres o comadres. Quiere decir esto que la mayor parte de las visitas a otras personas se hacen dentro de grupos de "parentesco". Ahora bien, si tomamos en cuenta, como veremos después, que la gran mayoría recibe también visitas de familiares, quiere decir que estamos frente a una intensa interacción social dentro de los grupos de parentescos.

**CUADRO Nº 8.— Visitas a otras personas según los grupos domésticos**

| Clase | Solitarios | Matrimonios | Incompletos | Agregados | Heterogeneos | Nucleares |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amigos | 25% | 12.5% | 13.3% | 5.5% | 16.6% | 25 % |
| C de trabajo | 25 | 12.5 | 0 | 8.3 | 0 | 2 |
| Familiares | 50 | 62.5 | 46.6 | 50 | 75 | 62.3 |
| Paisanos | 50 | 12.5 | 6.7 | 26.1 | 0 | 13.9 |
| Compadres | 0 | 0 | 20 | 20 | 0 | 12.9 |
| Vecinos | 25 | 0 | 6.7 | 30 | 16.6 | 21.5 |

En todos los grupos domésticos es alta la proporción de aquellos que visitan a sus familiares. Ninguno de los matrimonios y muy pocos de los grupos incompletos visitan a los vecinos. Advertimos que los "nucleares" y "agregados" muestran mayor variedad en cuanto a la clase de personas visitadas siendo los del primer grupo quienes en mayor proporción visitan a los amigos.

**CUADRO Nº 9.— Visitas a otras personas según la procedencia**

| | Lima | Costa | Sierra |
|---|---|---|---|
| Familares | 22 | 28 | 40 |
| Amigos | 8 | 13 | 8 |
| Paisanos | 2 | 14 | 10 |
| Compadres | 2 | 13 | 11 |
| Vecinos | 5 | 14 | 13 |

Hay más serranos inmigrantes que visitan a sus familiares pero en menor número visitan a los amigos. En cuanto a los costeños inmigrantes visitan a sus familiares en número relativamente menor.

b) **Visitas de otras personas.**— Son los familiares quienes más frecuentemente visitan a los mendocinos, sobre todo a las mujeres. Estas reciben más visitas de sus familiares que las hacen a ellos; es decir, un cierto número de mujeres no pueden corresponder las visitas que reciben o permanecen en el barrio sin poder salir de él por alguna razón. Los paisanos se hallan en segundo lugar entre los visitantes, lo que ocurría a propósito de las visitas que hacían los mendocinos.

**CUADRO Nº 10.— Visitas de otras personas.**

| | Varones | | Mujeres | |
|---|---|---|---|---|
| Amigos | 13 | 17.3% | 15 | 16.10% |
| Compañeros de trabajo | 6 | 8 | 1 | 1.07 |
| Familiares | 35 | 46.5 | 59 | 63.40 |
| Paisanos | 16 | 21.3 | 18 | 19.3 |
| Compadres | 14 | 18.6 | 14 | 15.05 |
| Vecinos | 9 | 12 | 15 | 16.1 |
| Nadie los visita | 16 | 21.3 | 11 | 11.8 |

En lo que refiere a las visitas de los vecinos que se encuentran en cuarto lugar después de familiares, paisanos y amigos en general. Las mujeres no sólo son las que visitan más a los vecinos sino las que más visitas reciben de ellos, lo que ocurre sobre todo en ciertos callejones o "lotes" entre personas que se sienten afines.

Veintisiete sujetos (15.4%) no son visitados por nadie. Si comparamos este dato con el anterior referente a quienes no visitan a nadie, advertimos que es menor la proporción de los no visitados, significando esto que hay mayor aflujo de visitas a los pobladores de Mendocita y que éstos no retornan.

En general, basándonos exclusivamente en este índice de las visitas, las relaciones interpersonales íntimas del tipo amistad entre vecinos y que llevan a la visita recíproca, no son muy frecuentes entre los moradores de Mendocita.

**CUADRO Nº 11.— Visitas de otras personas según los grupos domésticos**

| | Solitarios | Matrimonios | Incompletos | Agregados | Heterogeneos | Nucleares |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amigos | 25% | 0% | 15% | 11% | 17% | 22.5% |
| Compañeros de trabajo | 0 | 12.5 | 0 | 11 | 0 | 2 |
| Familiares | 75 | 75 | 45 | 55 | 75 | 60 |
| Paisanos | 50 | 12.5 | 33 | 30 | 16.6 | 15 |
| Compadres | 0 | 25 | 14.5 | 30 | 16.6 | 15 |
| Vecinos | 25 | 0 | 0 | 20 | 16.6 | 16.1 |

Una elevada proporción de miembros de todos los grupos domésticos, salvo el de los incompletos, tiene visitas de sus familiares. Interesantemente nadie de los matrimonios e incompletos recibe visitas de los vecinos. Comparando estos resultados con otros referentes a la visitas que realiza, tenemos que los matrimonios y los solitarios reciben de los suyos más visitas de las que les hacen.

**CUADRO Nº 12.— Visitas de otras personas según los grupos de prodecedencia**

| | LIMA | | COSTA | | SIERRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amigos | 7 | 20% | 11 | 16% | 10 | 15% |
| Compañeros de trabajo | 2 | 6 | 3 | 4 | 2 | 3 |
| Paisanos | 4 | 12 | 14 | 19 | 16 | 25 |
| Familiares | 20 | 60 | 23 | 33 | 41 | 60 |
| Compadres | 7 | 20 | 11 | 16 | 13 | 20 |
| Vecinos | 3 | 7 | 13 | 18 | 8 | 12 |
| Nadie los visita | 7 | 20 | 12 | 17 | 8 | 12 |

Los limeños y serranos reciben principalmente visitas de sus familiares en cambio los costeños sólo llegan a una cifra que representa la mitad de cualquiera de los grupos anteriores. Los serranos son los más visitados por los paisanos. En

cuanto a visitas de amigos, compadres y compañeros de trabajo no hay diferencia apreciable entre los grupos, debiéndose señalar el bajo porcentaje de los últimos, en general. Los limeños son los menos visitados por los vecinos y al mismo tiempo quienes en mayor proporción declaran no ser visitados por nadie.

## 2 Contactos Sociales

a) **Personas que en los últimos tres meses han entrado a la casa de los probandos.**— Estudiando este dato numérico podemos tener una idea de los contactos sociales establecidos a iniciativa de otros, sin que éste signifique que de ellos hayan provenido, inevitablemente, relaciones amistosas o de otro tipo. La gente se acerca y penetra al domicilio en un vecindario para pedir una información o un favor, establecer una conversación o simplemente para visitar. En nuestra experiencia de campo comprobamos, particularmente con los probandos serranos, que no se nos hacía entrar de primera intención a la casa, lo que denotaba gran recelo o desconfianza.

Un apreciable número de moradores de Mendocita (60) nos expresó que del barrio nadie había entrado a sus domicilios. Esto quiere decir que alrededor de 1/3 de la población no es buscada, tanto por gentes del barrio como de fuera del mismo, en sus respectivas moradas.

Noventa y uno probando (54.1%) admitieron que ingresaron de una a diez personas del barrio, lo que es poco, más si tenemos en cuenta que se trata de los ingresos durante los últimos tres meses Muy pocos son los que manifestaron que habían penetrado de 11 a 20 personas. cifra en verdad moderada.

En cuanto a los que ingresaron de fuera del barrio el aflujo mayor está en los valores de uno a 10 personas (55.4%).

**CUADRO Nº 13.— Número de personas que en los últimos tres meses han entrado en la casa**

| | Varones | Mujeres | Total | |
|---|---|---|---|---|
| **Del Barrio:** | | | | |
| 0 | 22 | 38 | 60 | 35.7% |
| 1 — 10 | 44 | 47 | 91 | 54.1 |
| 11 — 20 | 6 | 4 | 10 | 5.9 |
| 21 — 30 | 0 | 0 | 0 | |
| 31 — 40 | 0 | 1 | 1 | 0.5 |
| 41 — 50 | 2 | 1 | 3 | 1.8 |
| Más de 50 | 1 | 2 | 3 | 1.8 |
| **De fuera del Barrio:** | | | | |
| 0 | 22 | 33 | 55 | 32.4 |
| 1 — 10 | 47 | 49 | 96 | 57.1 |
| 11 — 20 | 6 | 11 | 17 | 10 |

Atendiendo a la procedencia los serranos son los que con más frecuencia dicen que del barrio nadie ha entrado en sus casas. En cambio son los que con menos frecuencia sostienen que nadie de fuera ha ingresado a sus moradas, esto

quiere decir que, relativamente, más gente de fuera del barrio penetra a sus hogares y que se hallan un tanto aislados en el barrio.

**CUADRO Nº 14.— Personas que han penetrado a la casa en relación con la procedencia del morador.**

| | LIMA | | COSTA | | SIERRA | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nadie del barrio | 13 | 36.1% | 16 | 23.5% | 31 | 48.7% |
| Nadie de fuera del barrio | 13 | 36.1% | 25 | 36.7% | 17 | 26.5% |

b) **Casas de vecinos a las cuales han penetrado los probandos en los últimos tres meses.**— El 32.9%, o sea 57 personas, admite que no ha penetrado a casa alguna del vecindario Esta cifra es bastante elevada denotando que no se habían acercado a sus vecinos por cualquier pretexto, pese a encontrarse muy cerca físicamente los unos de los otros; 30 sujetos (17.3%) apenas ingresaron a una casa del barrio, cifra en verdad significativa por referirse a un período de tiempo bastante extenso. Todo esto quiere decir que aproximadamente el 50% de los pobladores tuvieron escasísimo o nulo acercamiento a los hogares de sus vecinos.

**CUADRO Nº 15.— Casas a las cuales han entrado según la procedencia.**

| Nº de casas | LIMA | COSTA | SIERRA |
|---|---|---|---|
| 0 | 12 | 23 | 22 |
| 1 | 4 | 9 | 17 |
| 2 | 4 | 7 | 6 |
| 3 | 0 | 11 | 8 |
| 4 | 8 | 2 | 3 |
| 5 | 1 | 4 | 3 |
| 6 | 4 | 7 | 2 |
| 7 | 1 | 0 | 1 |
| 8 | 0 | 3 | 1 |
| 9 | 0 | 1 | 0 |
| 10 | 2 | 1 | 1 |

Son los limeños y costeños los que más se acercaron y penetraron a las casas del vecindario en oposición de los serranos; por consiguiente, en ese barrio están en situación de que muy pocos se les acercan y poco se acercan a los demás, es decir caen dentro de una categoría de relativamente aislados.

Procediendo a un análisis en función de la pertenencia a grupos domésticos, comprobamos más alta proporción de aquellos que no han penetrado a casa alguna del vecindario entre los integrantes del grupo de los matrimonios. En el conjunto de individuos que pertenecen a grupos domésticos incompletos se advierte dos nítidos grupos: uno representtado por el 40% que admite no haber ingresado a ninguna casa, y otro, representado por el 60% que ha ingresado a unas 10 casas

**CUADRO Nº 16.— Casas a las cuales han entrado en función de los grupos domésticos.**

| Casas | Solitarios | Matrimonios | Incompletos | Agrogados | Heterogeneos | Nucleares |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Ninguna | 25% | 87.5% | 40% | 22.2% | 41.6% | 33.6% |
| 1 a 9 | 75 | 22.5 | 0 | 75 | 58.4 | 62.4 |
| 10 | 0 | 0 | 60 | 2.8 | 0 | 4 |

En general para todos los grupos domésticos, a excepción del de los incompletos, es leve o escaso el acercamiento a los vecinos meramente evaluado a través de la entrada a sus casas.

Se aprecia algunas diferencias en función del sexo, pues como es comprensible, son las mujeres quienes manifiestan haber penetrado a mayor número de casas del vecindario.

**CUADRO Nº 17.— Casas a las cuales han entrado según el sexo**

| Nº de Casas | Varones | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| 0 | 26 | 31 | 57 |
| 1 | 12 | 18 | 30 |
| 2 | 5 | 12 | 17 |
| 3 | 11 | 8 | 19 |
| 4 | 7 | 6 | 13 |
| 5 | 5 | 3 | 8 |
| 7 | 1 | 1 | 2 |
| 8 | 1 | 3 | 4 |
| 9 | 0 | 1 | 1 |
| 10 | 2 | 2 | 4 |

3 Indice de conocidos

Obtuvimos este índice preguntando a nuestros probandos a quiénes conocen por nombre y apellido, o por nombre, dentro y fuera del barrio. De esta suerte tenemos una idea del volumen de su "expansión social", concepto afín al sustentado por J. Moreno.

**CUADRO Nº 18.— Indice de conocidos**

| Conocidos | Varones | | Mujeres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | (A) | (B) | (A) | (B) | (A) | (B) |
| Nadie | 5 | 4 | 5 | 18 | 10 | 22 |
| 1 — 10 | 47 | 30 | 50 | 54 | 97 | 84 |
| 11 — 20 | 11 | 23 | 31 | 19 | 42 | 42 |
| 21 — 30 | 3 | 3 | 4 | 1 | 7 | 4 |
| 31 — 40 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 41 — 50 | 6 | 8 | 1 | 0 | 7 | 8 |
| Más de 50 | 2 | 6 | 1 | 0 | 3 | 6 |

(A) Dentro del barrio (B) Fuera del barrio

Un primer hallazgo es el relativo aislamiento de las mujeres con respecto a las personas de fuera del barrio, lo cual en realidad es meramente una comprobación de datos similares obtenidos mediante otros procedimientos.

Llama la atención que el grueso de la población tenga un volumen de conocidos dentro de cifras moderadas (1 a 20), dato que aparece de manera similar cuando analizamos el índice de conocidos en función de la procedencia de los pobladores de Mendocita. Destácase asimismo que son los serranos quienes en proporción más elevada declaran no conocer a ninguna persona fuera de la barriada (17.1%).

**CUADRO No. 19. — Indice de conocidos**

| CONOCIDOS | Lima | | Costa | | Sierra | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Del barrio:** | | | | | | |
| 0 | 3 | 8.3% | 2 | 2.9% | 5 | 7.8% |
| 1 á 20 | 26 | 72.2 | 58 | 85.2 | 56 | 87.5 |
| 21 o más | 7 | 19.4 | 8 | 11.7 | 3 | 4.6 |
| **De fuera del barrio:** | | | | | | |
| 0 | 4 | 11.1 | 7 | 10.2 | 11 | 17.1 |
| 1 á 20 | 26 | 72.0 | 52 | 76.1 | 48 | 75.0 |

### 4. Número de amigos antes y después de la migración a Lima

Como un medio de avaluar la posible influencia de la migración sobre el volumen de las relaciones interpersonales buscamos un índice de los amigos habidos antes y después de ella.

**CUADRO No. 20. — Amigos en comparación a los del pueblo de origen**

| | Varones | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| Más amigos | 29 | 31 | 60 |
| Igual número | 19 | 29 | 48 |
| Menos amigos | 27 | 33 | 60 |

Se advierte un número apreciable de probandos que tiene tantos amigos o menos que en el pueblo de origen. Esto denota la existencia, entre los inmigrantes provincianos que habitan en el área de tugurios de Mendocita, de una mengua de la expansión social.

Si analizamos los cambios en el número de amigos en función del origen de los migrantes, vemos que los serranos se hallan en desventaja con respecto a los costeños pues es mayor la proporción de ellos que manifiestan tener menos amigos que en sus respectivos pueblos.

**CUADRO No. 21. — Amigos en comparación a los del pueblo de origen**

| | Costeños | | Serranos | |
|---|---|---|---|---|
| Más amigos | 25 | 36.7% | 26 | 40.6% |
| Igual número | 20 | 29.4 | 7 | 10.6 |
| Menos amigos | 23 | 33.8 | 31 | 44.06 |

Exiten además diferencias atendiendo a los grupos domésticos lo que probablemente indica una influencia de la estructura y funcionamiento de esos grupos familiares sobre la vida social de sus miembros.

**CUADRO No. 22.— Amigos en comparación a los del pueblo de orígen.**

| | Solitarios | Matrimonios | Incompletos | Agregados | Heterogeneos | Nucleares |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Más amigos | 40% | 40% | 20% | 45% | 33% | 35% |
| Igual número y menos | 60 | 60 | 80 | 55 | 66 | 65 |

Salta a la vista la peculiar situación de los integrantes de grupos domésticos incompletos, pues son ellos quienes en mayor proporción se encuentran en desventaja en lo que atañe a volumen de amigos después de la migración a la ciudad de Lima.

### 5. Preferencia de Vecinos

El análisis sociométrico de las preferencias en relación a quienes desean de vecinos puede dar luz sobre las tendencias que regulan las relaciones interpersonales y por consiguiente de los grupos que se establecen.

**CUADRO No. 23.— Preferencias de vecinos.**

| | Varones | | Mujeres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Del barrio | 26 | 27.3% | 53 | 56.9% | 79 | 47.2% |
| De fuera del barrio | 12 | 16.0 | 12 | 12.9 | 24 | 14.2 |
| Familiares | 10 | 13.3 | 12 | 12.9 | 22 | 13.09 |
| Paisanos | 2 | 2.6 | 6 | 6.4 | 8 | 4.7 |
| Compañeros de trabajo | 1 | 1.3 | 0 | 0 | 1 | 0.5 |
| Compadres | 11 | 14.4 | 12 | 12.9 | 23 | 13.6 |
| Nadie | 14 | 18.6 | 17 | 18.06 | 31 | 12.5 |

Se puede comprobar que los pobladores de Mendocita presentan un mayor número de preferencias por gentes del mismo barrio, con la singularidad de ser preponderantemente las mujeres quienes dan esa mayor preferencia, lo cual nos

parece comprensible dada la vida sedentaria y un tanto aislada con respecto a lo exterior al barrio, que les hace preferir lo conocido, pese a todo.

Las mayores preferencias se dan dentro de los grupos. de parentesco, incluyendo el del compadrazgo. Llama la atención la escasa elección que se hace de los compañeros de trabajo y de los paisanos.

**CUADRO No. 24.— Preferencias de invitados a fiestas.**

| | Varones | | Mujeres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Del barrio | 21 | 28% | 36 | 38.7% | 57 | 33.9% |
| De fuera del barrio | 21 | 28 | 11 | 11.8 | 32 | 13.09 |
| Familiares | 26 | 34.6 | 38 | 40.8 | 64 | 38.2 |
| Paisanos | 8 | 10.6 | 18 | 19.3 | 26 | 15.4 |
| Compañeros de trabajo | 14 | 18.6 | 5 | 5.3 | 19 | 11.3 |
| Compadres | 21 | 28 | 26 | 27.9 | 47 | 28.09 |
| Nadie | 13 | 17.3 | 16 | 17.1 | 29 | 17.2 |

Las preferencias de invitados a fiestas guardan semejanza con las estudiadas anteriormente en relación a la procedencia del barrio o de fuera del mismo.

Se nota una mayor elección de parientes y compadres e incremento de las preferencias, comparativamente a lo señalado en el cuadro 23 respecto de los paisanos y compañeros de trabajo.

## 6. Percepción de la preferencia social

Entendemos por tal, la visión que las gentes pueden tener de las preferencias o aversiones de que son objeto por otros. Evidentemente esta percepción de la actitud ajena está influída, en mayor o menor grado según los individuos, por factores subjetivos dependientes de condiciones permanentes o transitorias de la personalidad.

**CUADRO No. 25.— Quienes le descan como amigo.**

| | Varones | Mujeres | Total | |
|---|---|---|---|---|
| Del barrio | 31 | 42 | 73 | 43.4% |
| De fuera del barrio | 5 | 7 | 12 | 7.1 |
| Familiares | 4 | 7 | 11 | 6.5 |
| Paisanos | 20 | 4 | 24 | 14.2 |
| Compadres | 12 | 5 | 17 | 10.1 |
| Nadie | 20 | 41 | 61 | 36.3 |

Aproximadamente un tercio de los pobladores percibe que no es objeto de preferencias de amistad Este hecho guarda evidentemente alguna relación con la reserva más frecuente entre los pobladores urbanos como ya lo señalara Georg Simmel y quizás también, con todas las distancias psicológicas vinculadas

a los diversos prejuicios étnicos. A este respecto veremos que los serranos son los que con más frecuencia tienen esta percepción negativa.

En general muy pocos advierten que fuera del barrio les prefieren como amigos; en cambio, una apreciable proporción (43.4%) nota que en el barrio les desean como tales. Sin embargo, recordemos que los contactos sociales afectivos son menores con los vecinos, cmparativamente a otros grupos, lo cual plantea la posibilidad de la intervención de algún factor que impide un mayor acercamiento pese a la percepción sociométrica no tan mala según la información obtenida.

**CUADRO No. 26. — Quienes lo desean como amigo**

| | Lima | | Costa | | Sierra | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Del barrio | 9 | 25% | 36 | 52.9% | 25 | 39.06% |
| Nadie | 11 | 30.5 | 22 | 32.3 | 28 | 43.7 |

Son los serranos quienes con más frecuencia "ven" que no se les desea como amigos, en oposición a los limeños que en ese sentido tienen una percepción positiva.

**7. Percepción de la vida de relación propia y ajena**

De otro lado hemos tratado de obtener la impresión de los pobladores respecto de la vida de relación propia y ajena. Esta información indudablemente se relaciona con las experiencias personales de los probandos y nada tiene que ver con lo que ocurre "realmente" De todas maneras esta "definición" de la situación social en el sentido de W. I. Thomas, nos dará una idea de su "mundo circundante" o "campo fenoménico" que al fin y al cabo es el que condiciona el comportamiento humano.

**CUADRO No. 27. — Percepción de la vida de relación propia y ajena**

| | | Varones | | Mujeres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Lleva Ud. una vida aislada? | SI | 24 | 32% | 34 | 55.5 | 115 | 68.5 |
| | NO | 64 | 85.2 | 51 | 36.8% | 58 | 34.5% |
| ¿Cree Ud. que en este barrio la gente vive muy aislada? | SI | 39 | 52 | 39 | 41.9 | 78 | 46.4 |
| | NO | 49 | 65.3 | 46 | 49.4 | 95 | 56.5 |

Más de un tercio de la población reconoce que lleva una vida aislada; son las mujeres las que en mayor proporción manifiestan esa impresión.

Con apreciable frecuencia se percibe que los demás llevan una vida muy aislada, pero hay que notar que las mujeres, que más tiempo permanecen en

casa y con mayores oportunidades para observar a los vecinos de su lote, admiten tal cosa en menor proporción.

Si tomamos en cuenta la pertenencia a grupos domésticos vemos interesantes diferencias, que probablemente guardan alguna relación a su mayor o menor integración social. Así, los miembros de familias nucleares sólo en un 35% reconocen que llevan una vida aislada versus el 80% de los solitarios, el 60% de los matrimonios, el 50% de los heterogeneos, el 40% de los incompletos y apenas el 20% de los agregados que como sabemos son los que en más compañía viven.

## 8. La ayuda informal

En la población estudiada hemos comprobado ayuda informal moderada en caso de necesidad y de enfermedad que, sin duda alguna, traduce una corriente de sentimientos benevolentes, amistosos, aparte de los que derivan de la situación de parentesco, sanguíneo o espiritual (compadrazgo), hacia dichos habitantes.

**CUADRO N.o 28. — Ayudan en caso de necesidad**

| | Varones | Mujeres | Total | |
|---|---|---|---|---|
| Parientes | 21 | 43 | 64 | 38.09% |
| Extraños | 9 | 11 | 20 | 11.3 |
| Compañeros de trabajo | 17 | 4 | 21 | 12.5 |
| Paisanos | 9 | 9 | 18 | 10.7 |
| Vecinos | 10 | 12 | 22 | 13.09 |
| Nadie | 22 | 29 | 51 | 30.3 |

Aproximadamente un tercio de la población no recibe ayuda de nadie cuando se encuentra en estado de necesidad. Probablemente esto guarda relación con su aislamiento y los sentimientos negativos, de todo tipo, que se advierten entre muchos de los pobladores de Mendocita.

Los parientes son los que con más frecuencia acuden portando alguna ayuda, le siguen los vecinos y los compañeros de trabajo, luego los extraños y en último término los paisanos. Este hecho singular coincide con lo ya señalado de la desconexión general de los habitantes provincianos de Mendocita con respecto a sus propios comprovincianos, lo que los diferencia, entre otras cosas, de quienes moran en las llamadas barriadas marginales de la gran Lima en donde se advierte gran intercambio y solidaridad entre provincianos.

**CUADRO No. 29. — Vienen en caso de enfermedad**

| | Varones | Mujeres | | |
|---|---|---|---|---|
| Parientes | 37 | 50 | 87 | 51.8% |
| Extraños | 3 | 8 | 11 | 6.5 |
| Compañeros de trabajo | 13 | 3 | 16 | 9.5 |
| Paisanos | 7 | 7 | 14 | 8.3 |
| Vecinos | 12 | 18 | 30 | 17.8 |
| Nadie | 21 | 31 | 52 | 30.9 |

La enfermedad moviliza grandemente la ayuda de los parientes, y en algo la de los vecinos, quienes acuden con más frecuencia que en tratándose de la simple necesidad. Los compañeros de trabajo y paisanos no parecen acudir en mayor proporción cuando alguien enferma, lo que está denotando laxos vínculos con ellos. A propósito de la enfermedad muchas gentes, (30.9%), no reciben ayuda informal de ninguna clase. Este dato aunado a lo que sabemos de su paupérrima situación económica y a la extendida necesidad de dependencia, nos da idea de una situación al parecer sin salida para un amplio sector de pobladores de Mendocita

Tomando en cuenta la pertenencia a los grupos domésticos veremos que existen algunas diferencias en lo que atañe a la proporción relativa de parientes, extraños, compañeros de trabajo, paisanos y vecinos que acuden en ayuda en caso de necesidad o de enfermedad.

**CUADRO No. 30. — Ayudan en caso de necesidad**

| | Solitarios | | Matrimonios | | Incompletos | | Agregados | | Heterógeneos | | res Nuclea- | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parientes | 3 | 75% | 1 | 10% | 5 | 33% | 14 | 38.8% | 4 | 33.3% | 38 | 40.8% |
| Extraños | 0 | | 2 | 20 | 0 | | 7 | 19.4 | 0 | | 11 | 11.8 |
| Compañeros de trabajo | 0 | | 1 | 10 | 0 | | 9 | 25 | 3 | 25 | 8 | 8.3 |
| Paisanos | 0 | | 1 | 10 | 1 | 6.6 | 7 | 19.4 | 0 | | 10 | 10.7 |
| Vecinos | 2 | 50 | 0 | | 0 | | 10 | 27.7 | 1 | 8.3 | 12 | 12.9 |

Vemos que tanto el grupo de los agregados cuanto el de los nucleares reciben ayuda de una mayor variedad de personas, en cambio solitarios e incompletos reciben ayuda a través de muy pocos canales, siendo éstos últimos grupos los que más deventajas presentan en lo concerniente a su vida de relación, "moral" y salud emocional.

Las familias nucleares estudiadas no muestran ese aislamiento tan señalado para ellos en el medio urbano pues a estar por nuestras observaciones y encuestas reciben una apreciable ayuda del gran grupo de parientes.

En cuanto a los que acuden en caso de enfermedad, vemos que en todos los grupos, excepto los matrimonios, los familiares vienen en mayor proporción. Comparando con los datos del cuadro 30, comprobamos que en la mayoría de los grupos domésticos se advierte una movilización de la familia y sólo en dos grupos, agregados y nucleares, que son los que mejores relaciones tienen con los demás se advierte movilización de vecinos.

CUADRO No. 31. — Vienen en caso de enfermedad

| | Solitarios | | Matrimonios | | Incompletos | | Agregados | | Heterógeneos | | Nucleares | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Parientes | 2 | 50% | 1 | 10% | 9 | 60% | 13 | 36.1% | 5 | 41.6% | 59 | 63.4% |
| Extraños | 0 | | 1 | 10 | 0 | | 3 | 8.3 | 1 | 8.3 | 5 | 5.3 |
| Compañeros de trabajo | 0 | | 1 | 10 | 1 | 6.6 | 5 | 13.8 | 2 | 16.6 | 8 | 8.3 |
| Paisanos | 0 | | 0 | | 1 | 6.6 | 5 | 13.8 | 1 | 8.3 | 8 | 8.3 |
| Vecinos | 1 | 25 | 0 | | 0 | | 13 | 36.1 | 1 | 8.3 | 17 | 18.07 |

Puede decirse que la reserva de ayuda más efectiva en caso de enfermedad se halla, en los moradores de esta zona de tugurios, precisamente en sus familiares y en cierta extensión también en los vecinos, aunque como ya lo señalamos sólo para los grupos domésticos mejor integrados en la colectividad. Interesantemente la ayuda de los paisanos y compañeros de trabajo no aumenta, al contrario disminuye en las mismas circunstancias. lo que no es incomprensible dados las relaciones moderadas que los miembros de casi todos los grupos domésticos de esta área urbana, tienen con sus respectivos paisanos y compañeros de trabajo.

CUADRO No. 32. — Ayudan en caso de necesidad

| | Lima | | Costa | | Sierra | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Parientes | 19 | 52.7% | 42 | 61.7% | 26 | 40.6 |
| Extraños | 2 | 5.5 | 3 | 4.4 | 6 | 9.3 |
| Compañeros de trabajo | 2 | 5.5 | 6 | 8.8 | 8 | 12.5 |
| Paisanos | — | | 5 | 7.3 | 9 | 14.06 |
| Vecinos | 6 | 16.6 | 14 | 20.5 | 9 | 14.06 |
| Nadie | 11 | 30.5 | 16 | 23.5 | 25 | 39.09 |

En un análisis teniendo en cuenta los grupos de procedencia, vemos algunas diferencias interesantes: los serranos son los que reciben menos ayuda de sus familiares y vecinos pero más de sus paisanos y compañeros de trabajo. De otro lado son quienes con más frecuencia manifiestan que no reciben ayuda de nadie. Se hallan así aislados relativamente de los grupos de parentesco y de vecindario, debiendo recordarse que son ellos los menos buscados o preferidos.

CUADRO No. 33. — En caso de enfermedad vienen a verle

| | Lima | | Costa | | Sierra | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Parientes | 19 | 52.7% | 42 | 61.7% | 26 | 40.6% |
| Extraños | 2 | 5.5 | 3 | 4.4 | 6 | 9.3 |
| Compañeros de trabajo | 2 | 5.5 | 6 | 8.8 | 8 | 12.5 |
| Paisanos | — | | 5 | 7.3 | 9 | 14.06 |
| Vecinos | 6 | 16.6 | 14 | 20.5 | 10 | 15.6 |
| Nadie | 11 | 30.5 | 16 | 23.5 | 25 | 39.09 |

Finalmente no vemos mayor diferencia en cuanto a frecuencia de ayuda recibida entre la situación de simple necesidad y la creada por la enfermedad.

### 9. Concurrencia a espectáculos

Hemos estudiado la concurrencia de los pobladores a diversos tipos de espectáculos o sea actividades recreativas pasivas en compañía de otras personas tomando en cuenta sexo y grupos de procedencia.

Anotamos las personas que han concurrido o dejado de concurrir a diversos espectáculos en los últimos tres meses. Algunas han concurrido a más de un espectáculo y se les tomaron en cuenta a propósito de los mismos.

El cine es el espectáculo más frecuentado por ambos sexos siguiéndole el fútbol, sobre todo por el masculino. La concurrencia a los coliseos folklóricos y el catchascan es apreciable y mayor entre los hombres que entre las mujeres.

**CUADRO No. 34. — Concurrencia a espectáculos**

| | Varones | Mujeres | Total |
|---|---|---|---|
| Cine | 56 | 57 | 113 |
| Fútbol | 38 | 6 | 44 |
| Coliseos folklóricos | 15 | 6 | 21 |
| Catchascan | 13 | 8 | 21 |
| Corridas de toros | 7 | 6 | 13 |
| Circo | 5 | 3 | 8 |
| Peleas de gallo | 3 | 1 | 4 |
| Otros | 3 | 0 | 3 |
| No concurren | 9 | 31 | 40 |

Hay un grupo numeroso de mujeres (33.3%) que no concurre a ningún espectáculo, en tanto que apenas 9 parones (12%) están en igual situación. Este hecho hace pensar en la condición de la mujer en Mendocita, que en buena proporción no obtiene las necesarias satisfacciones sociales y recreativas, está menos integrada a grupos formales, tienen un menor volumen de contactos sociales y advierte en menor proporción preferencias por su amistad.

**CUADRO No. 35. — Concurrencia a espectáculos**

| | Lima | Costa | Sierra |
|---|---|---|---|
| Cine | 28 | 45 | 40 |
| Fútbol | 8 | 22 | 3 |
| Coliseos folklóricos | 3 | 9 | 9 |
| Catchascan | 4 | 10 | 7 |
| Corridas de toros | 3 | 5 | 14 |
| Circo | 3 | 3 | 3 |
| Peleas de gallo | 1 | 2 | 5 |
| No concurren | 7 | 18 | 15 |

Dentro del grupo de los que no asisten a espectáculos hay una mayor proporción de provincianos (25% de su total) comparativamente a los limeños que sólo dejan de hacerlo en 19.4% de su total. Esto plantea problemas especiales en lo que concierne al equilibrio entre satisfacciones o insatisfacciones de los inmigrantes avecindados en Mendocita. Como sabemos un mínimum de satisfacciones hace posible un vivir saludable y eficiente.

## COMENTARIO

Si bien en la población de Mendocita se advierte una escasísima afiliación y participación en grupos formales destaca significativamente una extendida asociación con miembros de la familia amplia y con parientes ceremoniales (compadres y comadres). Estos hallazgos desvirtúan la noción estereotipada de una forma frecuentísima de familia urbana desintegrada, en relación al gran grupo de parentesco (Louis Wirth, Cl. C Bowman), y guardan estrecha semejanza con lo encontrado aún en medios altamente urbanizados (Londres, - Raymond Firth), (Detroit-Morris Axelrod) en donde son frecuentes las asociaciones y la ayuda mutua dentro del grupo de la familia amplia. Entre nosotros tenemos la añadidura de los parientes ceremoniales (compadres y comadres) con los que se asocian preferentemente, desearían como vecinos e invitados a fiestas y de los cuales tienen una percepción sociométrica favorable.

La asociación con familiares es también considerable en el grupo de los inmigrantes serranos o procedentes del área andina. Estos, de otra parte, mantienen preferente asociación con sus paisanos obteniendo de estas vinculaciones alguna forma de seguridad y alguna ayuda en situaciones de emergencia. Sin embargo en ellos hay una considerable proporción, casi el 1/3, que se halla relativamente aislado y que perciben que "nadie" les desea como amigos. Este es una situación análoga a la encontrada por Jacob Fried en la barriada de San Cosme para un conjunto de indígenas, pero que de ninguna manera debe ser objeto de generalizaciones.

La mujer moradora de Mendocita es la que tiene una más elevada prevalencia de variados síntomas psicológicos, mantiene muchos más vínculos con sus familiares y vecinos pero se halla francamente en desventaja, comparativamente a los varones, en lo que atañe a recreación.

Algunos de los resultados parecen guardar alguna relación a pertenencia a grupos domésticos. En general las familias nucleares de la zona tienen una más variada integración social, en particular con su respectivo grupo de parentesco; los grupos domésticos incompleto, que a su vez son los más desmoralizados y cargados de patología emocional, en cambio, se hallan en desventaja en lo que concierne a volumen de amigos, comparativamente a los que tenían en sus pueblos de origen, visitas de familiares y ayuda en caso de enfermedad.

## RESUMEN

Se ha estudiado la vida de relación de los pobladores del área de tugurios de Mendocita, en una muestra integrada por 168 personas adultas: 75 hombres y 93 mujeres (36 limeños, 68 costeños y 64 serranos) pertenecientes a los diferentes grupos domésticos, utilizando un cuestionario especial mediante el cual se inves- investigó la asociación a grupos voluntarios, la participación social informal y ciertas actividades recreativas pasivas. Se complementó estos datos con entrevistas personales y observaciones.

Se ha verificado bajísima afiliación a grupos voluntarios formales en general. En cuanto a la participación social informal (visitas, ingresos al domicilio de otros, acercamientos en caso de enfermedad, etc.) se nota que el tercio de los pobladores vive muy aislado y el resto se relaciona moderadamente y de manera selectiva. En general se pudo comprobar que hay preponderancia de las relaciones con los familiares, las relaciones con los parientes "espirituales" (compadrazgo) lo siguen en importancia, sobre todo en los provincianos. Pese a la proximidad física, las variadas vinculaciones con los vecinos son moderadas. En relación a la "expansión social" hay mengua del volumen de amigos en los pobladores oriundos de la sierra. Un apreciable sector de la población tiene una percepción sociométrica negativa.

Los grupos domésticos mejor integrados socialmente son los nucleares y agregados en los que través de otras investigaciones se ha comprobado mejor "moral" y más elevados índices de salud mental.

La mujer en varios de los aspectos estudiados se halla en franca desventaja frente al varón.

## REFERENCIAS

1. Axelrod, M.: "Urban structure and social participation" Am. Sociol. Rev. 21: 14—18, Feb. 1956.
2. Firth, R.: "Two studies of kinship in London" Univ. London, 1956.
3. Fried, J.: "Acculturation and Mental Health among Indian Migrants in Perú" in "Culture and Mental Health", Marvin K. Opler Ed., The MacMillan Company, New York, 1959. — William P. Mangin: "Clubes de provincianos en Lima" Instituto de Etnología y Arqueología, 1958.
4. Rotondo, H.: y col. "Estudio de la Moral en la colectividad de Mendocita" Rev. Psiquiat. Perú. 1: 259-270, Julio—Dic. 1958.
5. Simmel G.: "The metropolis and mental life" in Cities and Society" Ed. by Paul K. Hatt and Albert Reiss Jr. The Free Press, Glencoe Illinois, 1957.
6. Thomas, W. I.: "The primary group and the definition of the situation" in "Social Behavior and Personality" E. by Edmund H. Volkart, Social Science Research Council, New Yor, 1951.
7. Wirth, L.: "Urbanism as a way of life" in "Cities and Society" Ed. by Paul K. Hatt and Albert Reiss Jr. The Free Press, Glencoe Illinois, 1957.

# MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN UN CENTRO DE PRIMEROS AUXILIOS

**Por Manuel Almeida y Luis Huapaya**

## INTRODUCCION

Siendo el Puesto Central de Asistencia Pública de Lima, el mayor Centro de Emergencia, que existe en la capital, con un promedio de 260 consultas médico-quirúrgicas de urgencia, por día nos ha interesado averiguar el porcentaje de estas consultas que corresponden a manifestaciones agudas de trastornos mentales o emocionales.

El presente estudio tiene dos apectos:

a) Una averiguación estadística, respecto al número de consultas por trastornos psíquicos atendidas en un año.

b) Un estudio clínico sobre 107 casos, vistos por nosotros en dicho Puesto de Emergencia.

Esta investigación sin embargo, adolece de algunas deficiencias, inevitables por el momento. En primer lugar, los diagnósticos que constan en los libros de registro, son hechos por personal no especializado en psiquiatría, como es en general el que atiende en servicios de esta índole, empleándose términos poco precisos, como: crisis nerviosa, pitiatismo, distonía neuro-vegetativa etc., no pudiendo catalogarse estos casos de acuerdo a la nomenclatura psiquiátrica. En segundo lugar, los casos que nosotros hemos estudiado y procurado diagnosticar con criterio psiquiátrico, han sido vistos en un lapso de tiempo muy corto, dadas las condiciones de un servicio de emergencia, y la mayoría de ellos no han vuelto a ser controlados, pese a que muchos fueron citados a servicios psiquiátricos para un mejor estudio. No obstante, los resultados han sido significativos como veremos.

## MATERIAL Y METODOS

Hemos revisado los libros de registro de accidentes médico-quirúrgicos, atendidos en el Puesto Central de Asistencia Pública, del 1º de Enero al 31 de Diciembre de 1957. Conociendo ya, el total de estas consultas, hemos buscado los casos cuyos diagnósticos corresponden a accidentes agudos de trastornos mentales o emocionales. Estos casos los hemos agrupado bajo los títulos siguientes:

a) CRISIS NERVIOSA.—En este grupo hemos incluído todos los casos que llevan este diagnóstico, de acuerdo a un criterio establecido por el personal médico de este

srvicio, para calificar los estados de angustia, las crisis histéricas, las reacciones situacionales de la personalidad y aún estados ansiosos en psicóticos, así como estados de ansiedad y reacciones histeriformes en alcohólicos. También incluímos unos pocos casos de insomio, sin trastorno orgánico manifiesto y casos registrados como: neurosis cardiovascular, neurosis de angustia, nerviosismo, terror nocturno, depresión nerviosa, etc. En cambio no consideramos los casos diagnosticados como distonía neuro-vegetativa y eretismo cardíaco, porque según nuestra experiencia, se aplican estas denominaciones, tanto a casos de reacción ansiosa como a casos de etiología somática y no es posible diferenciarlos sin haber visto a los pacientes. Existen pues un número de reacciones psicofisiológicas que escapan a nuestra investigación.

b) EPILEPSIA.—En este grupo se incluyen los casos con este diagnóstico, así como con el de estado post-convulsivo, crisis convulsiva epileptiforme, petit-mal y equivalente epiléptico. Hemos excluído en cambio, las convulsiones febriles de los niños y, en general, todo cuadro convulsivo en niños menores de 4 años, por considerar que estos cuadros son casi siempre sintomáticos. Asimismo, hemos excluído los casos en que la convulsión era posiblemente manifestación de otros procesos como: meningitis, traumatismo encefálico, encefalopatía infantil, hemorragia cerebral etc.

c) PSICOSIS.—En este grupo consideramos los casos registrados con este diagnóstico, así como con los de trastorno mental, esquizofrenia, psicosis maníaco-depresiva, excitación psicomotriz, embriaguez patológica, delirium tremens, delirio febril y alusinosis alcohólica.

d) AUTO-AGRESIONES.—Están aquí incluídos los casos de ingestión de sustancias tóxicas y heridas inferidas por mano propia, en los que se ha especificado que se trata de un acto intencional, auto-agresión o intento de suicidio. Quedan incluídos aquí, unos casos en que no se trata realmente de intento suicida, sino de heridas superficiales que los delincuentes se infieren cuando se encuentran detenidos, con el fin de ser trasladados a la enfermería o al hospital. Escapan a nuestro estudio en cambio, numerosos casos de ingestión de sustancias tóxicas por adultos, que han sido registrados como accidentes casuales, pero que según es lógico suponer la mayoría son intentos de suicidio, siendo más bien raros los casos en que la ingestión del tóxico se produjo por equivocación, o por ignorancia como es el caso de los niños.

Después de catalogar los casos atendidos en 1957, hemos estudiado clínicamente, 107 casos de emergencia psiquiátrica, tomando muestras de pacientes en diferentes días de guardia, especialmente por las noches, en que según nuestra experiencia ocurren con más frecuencia este tipo de consultas.

## RESULTADOS

En el año 1957 se atendieron en el Puesto Central de Asistencia Pública, 94,650 consultas de emergencia, de las cuales 3,910 corresponden a trastornos psiquiátricos. En este centro de trabajo las diversas consultas son clasificadas

estadísticamente en los siguientes tipos de accidentes: accidentes de trabajo, de tráfico, casuales, súbitos y agresiones. Los casos de nuestro estudio, corresponden al grupo de enfermedades de comienzo súbito excepto las auto-agresiones que sé les incluye en el grupo de las agresiones.

En el Cuadro Nº 1, vemos el total de consultas de emergencia atendidas en el año mencionado, así como el número de consultas por trastornos mentales. Como vemos, éstos corresponden al 4.13% del total. Sin embargo este porcentaje se refiere a un total, en el que están incluídos los accidentes traumáticos; por eso nos ha parecido que tendríamos una idea más aproximada de la frecuencia de estos trastornos psíquicos, si los evaluamos sólo en relación a las enfermedades de comienzo súbito, las que son el 54% del total, y de éstas, el 7.24% corresponde a los trastornos que investigamos, haciendo la salvedad de que para este último cálculo hemos excluído las auto-agresiones por ser otro tipo de accidente.

En el Cuadro Nº 2, hemos clasificado nuestros casos en relación con los diagnósticos registrados en los libros de accidentes, y podemos ver que las llamadas "crisis nerviosa", corresponden al 76.75%, ocupando un segudo lugar las epilepsias con un 17.13%, luego vienen las auto-agresiones con el 4.59% y por último las psicosis con el 1.53%. Es digno de notarse pues, que cerca del 80% de estos casos corresponden a "crisis nerviosas", término genérico en el que se considera los trastornos principalmente emocionales, que en su mayoría corresponden a neurosis.

**CUADRO No. 1.—Frecuencia de los trastornos psiquiátricos en el Puesto Central de la Asistencia Pública de Lima**

| Consultas Total | Casos Psiquiátricos | Porcentaje |
|---|---|---|
| 94,650 | 3,910 | 4.14 |
| **Enfermedades Súbitas** | **CASOS PSIQUIATRICOS Menos auto-agresiones** | **Porcentaje** |
| 51,498 | 3,371 | 7.24 |

**CUADRO No. 2.—Distribución de los casos psiquiátricos Según el Libro de Registros**

| Casos | No. | % |
|---|---|---|
| Epilepsia | 3,001 | 76.75 |
| Autoagresiones | 670 | 17.13 |
| Psicosis | 179 | 4.59 |
| Total | 60 | 1.53 |
| Total | 3,910 | 100 |

De estas "crisis nerviosas", 114 o sea el 3.8%, corresponden a reacciones asociadas al alcoholismo, sea en fase de abstinencia o en pleno período de intoxicación. Creemos pertinente al respecto, dejar constancia que en nuestra casuística no hemos considerado todos los casos de alcoholismo, que existen en proporción mucho mayor de la indicada porque la mayoría acuden a la emergencia por lesiones traumáticas, y sólo unos pocos requieren tratamiento especial por trastornos psíquicos concomitantes. Por lo tanto esta cifra no nos da idea del verdadero porcentaje de alcohólicos.

Una vez expuesto el aspecto estadístico, vamos a presentar el estudio clínico sobre 107 casos vistos personalmente por nosotros, y cuyos diagnósticos son en su mayoría provisionales porque no se a estudiado a los enfermos en forma exhaustiva ni por tiempo suficiente. Por ese motivo, empleamos términos muy generales como "reacción" e "intoxicación alcohólica con excitación psicomotora" etc., excepto en los casos en que la sintomatología era evidente y hemos llegado a diagnósticos más precisos.

Los casos agrupados según sus diagnósticos son:

| | |
|---|---|
| Reacciones situacionales: | |
| con manifestaciones de ansiedad: | 9 casos |
| con síndrome de hiperventilación y ansiedad: | 2 casos |
| con síndrome de hiperventilación y estupor: | 2 casos |
| Reacción ansiosa con manifestaciones somáticas: | |
| con opresión faringea: | 1 caso |
| con insomnio: | 3 casos |
| con cefalea: | 2 casos |
| con meteorismo: | 1 caso |
| con manifestaciones cardiovasculares: | 6 casos |
| Reacción ansiosa sin manifestaciones somáticas: | 8 casos |
| Reacciones ansiosas con síndrome de hiperventilación | 10 casos |
| Reacción ansiosa con inquietud psicomotra: | 1 caso |
| Reacción ansiosa con síntomas depresivos: | 1 caso |
| Reacción histérica con fenómenos de conversión: | |
| Mutismo | 1 caso |
| Temblor | 1 caso |
| Reacción histérica con fenómenos de disociación: | |
| con estupor | 7 casos |
| con agitación psicomotora | 5 casos |
| Reacciones neuróticas asociadas a enfermedades somáticas o procesos fisiológicos: | |
| con hipertensión arterial | 4 casos |
| con hematemesis por úlcera gastroduodenal | 1 caso |
| con proceso infeccioso | 1 caso |
| con embarazo | 1 caso |
| Reacciones neuróticas asociadas al alcoholismo: | |
| con fenómenos histeriformes | 3 casos |
| con ansiedad | 2 casos |
| Intoxicación alcohólica aguda con excitación psicomotora: | 9 casos |
| Delirium Tremens: | 2 casos |
| Alcoholismo y epilepsia: | 2 casos |
| Epilepsia: | |

| | |
|---|---|
| con manifestaciones de Gran Mal ... ... ... ... ... ... ... .. | 12 casos |
| epilepsia psicomotora ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| equivalentes epilépticos ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| Intentos de suicidio con antecedentes neuróticos: ... . ... ..... ... ... | 1 caso |
| Esquizofrenia paranoide: ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| Psicosis sintomáticas: | |
| por meningo-encefalitis ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| por hipertemia ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| Psicosis sin diagnóstico preciso: | |
| con alucinaciones ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 2 casos |
| con excitación psicomotora ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 caso |
| con ansiedad crónica e ideas delusivas de referencia ... ... | 1 caso |

En este grupo de pacientes, llama la atención que solo haty un caso de intento de suicidio, contrastando con el 4.5% de auto-agresiones que encontramos en la primera parte de esta investigación. Ello se debe a que no hemos estudiado este tipo de pacientes, porque generalmente no colaboran en el interrogatorio y no hay datos, para un criterio diagnóstico. Por eso el único caso que consignamos, lo incluiremos en el próximo cuadro, dentro del grupo de "Reacciones neuróticas asociadas a otros estados", y lo hemos presentado porque existía el dato de que esta persona sufre de crisis histeriformes.

En el Cuadro No. 3, resumimos lo expuesto, en categorías diagnósticas más amplias, y entonces vemos que las reacciones neuróticas constituyen el mayor porcentaje (68.2%) lo cual ya presumíamos los hallazgos de la primera parte de este estudio. También es interesante señalar que el tipo de reacción neurótica más frecuente ha sido la ansiedad y gran número de ellas se ha acompañado de síndrome de hiperventilación.

**Cuadro Nº 3.—Categorías diagnósticas de los disturbios observados en emergencia**

| | | |
|---|---|---|
| REACCIONES NEUROTICAS 68.2% | Reac. Situacionales | 13 |
| | Reac. Asiosas | 33 |
| | Reac. Histéricas | 14 |
| | Otras | 13 |
| PSICOSIS 16.8% | Tóxicas | 11 |
| | Sintomáticas | 2 |
| | Esquizofrenia | 1 |
| | Otras | 4 |
| EPILEPSIA 14.9% | Psicomotora | 1 |
| | Grand mal | 12 |
| | Con alcoholismo | 2 |
| | Equivalentes | 1 |

Otro hecho importante que se observa, es que las psicosis ocupan un porcentaje mucho más elevado (16.8%) que el consignado en los libros de re-registro de accidentes. Ello puede deberse, tanto al hecho de que éstos casos habían pasado desapercibidos en su mayoría e incluídos en el grupo de las crisis nerviosas o a circunstancias fortuitas de una mayor afluencia de psicóticos, en algunos días en que hemos tomado las muestras de pacientes. Es probable también que entre las psicosis sin diagnóstico preciso existan casos de epilepsia psicomotora, que al pasar al grupo de las epilepsias disminuirán el porcentaje, que ahora hemos hallado.

Las epilepsias según este cuadro conservan un porcentaje muy semejante aunque algo menor que el encontrado anteriormente.

## COMENTARIO

De lo expuesto se deduce que existe una alta incidencia de trastornos mentales y emocionales en las consultas de emergencia.

Se debe tener en cuenta que a estos centros de primeros auxilios, acuden pacientes con accidentes que caen bajo el campo de todas las especialidades de la Medicina. El porcentaje de 4.13% de trastornos psiquiátricos, resulta pues muy significativo. Este porcentaje es aún más notable cuando lo referimos únicamente a las enfermedades de comienzo súbito, porque, entonces aumenta a 7.24%.

En el Centro de Emergencia donde hemos trabajado, el promedio de consultas diarias fué en el año 1957, de 259, lo que corresponde a 11 consultas por trastornos psíquicos, en 24 horas.

Si consideramos que este Centro de Emergencia es el más importante de la capital y partiendo del supuesto de que la población atendida en otros centros semejantes es similar en su estructura, a la estudiada, hemos calculado que en 1957, se atendieron alrededor de 15,000 casos de urgencias psiquiátricas en la zona urbana de Lima, Callao y Balnearios. Esta cifra nos lleva a considerar la conveniencia de un mayor número de Servicios Psiquiátricos, donde poder derivar a estos pacientes para un tratamiento más completo.

## CONCLUSIONES

1. Existe una alta incidencia de accidentes agudos psiquiátricos en las consultas de emergencia. Este porcentaje es de 4.13% del total de consultas y 7.24% de las enfermedades de comienzo súbito.
2.—De estos accidentes agudos, la mayoría corresponden a reacciones neuróticas, siendo los porcentajes de 76.75% para las llamadas "crisis nerviosas" y 68.2% para los casos estudiados clínicamente.
3.—Dentro de las reacciones neuróticas, el mayor número corresponde a las reacciones ansiosas, gran parte de las cuales se acompañaron de síndrome de hiperventilación.

4.—Existe también una apreciable frecuencia de las llamadas Reacciones situaciones de la Personalidad o Neurosis de Situación.

5.—Las Psicosis ocupan un menor porcentaje en las consultas de emergencia. Solo el 1.5% de los casos registrados y el 16.% entre los casos estudiados clínicamente.

6.—De las psicosis el mayor número corresponde a manifestaciones tóxicas - cerebrales por alcoholismo.

7.—El Epilepsia ocupa el segundo lugar entre los casos registrados, con el 17.13% y el tercer lugar entre los casos estudiados clínicamente con el 14.9%.

8.—Las auto-agresiones ocupan el tercer lugar entre los casos registrados, pero no se consideran en los casos estudiados clínicamente.

9.—Se calcula aproximadamente en 15,000 el número de consultas de emergencia de Lima, Callao y Balnearios. De estos 15,000 casos, 3,910 fueron atendidos en el lugar donde realizamos el presente estudio.

10.—Dada la alta incidencia de trastornos emocionales entre las consultas de emergencia y teniendo en cuenta de que estos casos son generalmente vistos por médicos no especializados en Psiquiatría, se sugiere la conveniencia de dar una preparación especial a los médicos que trabajan en Servicios de Emergencia, en lo que se refiere al manejo de estos pacientes én estado de crisis emocional.

11.—Es conveniente una mayor relación de los Centros de Emergencia con los Servicios Psiquiátricos existentes, para poder derivar a los pacientes que requieren tratamiento especializado. Dichos servicios psiquiátricos, en nuestro medio son pocos, por lo que se hace necesario aumentar su número.

## SUMARIO

Se estudia la frecuencia de trastornos mentales y emocionales en el Centro de Emergncia más concurrido de la ciudad de Lima, sobre la base de las consultas de urgencia registradas durante 1957.

Se hace además un estudio clínico sobre 107 casos de urgencias psiquiátricas clasificándolas en categorías diagnósticas amplias. Sobre 94,650 casos de emergencia, registrados, el 4,13% corresponden a trastornos psiquiátricos. De estos últimos, el mayor número corresponde a reacciones neuróticas con un porcentaje de 68.2%, encontrándose en menor proporción, casos de epilepsia, psicosis y auto-agresiones.

Se deja constancia de que los casos de alcoholismo no se han considerado en forma especial, porque estos pacientes acuden a estos servicios por lo general, para atenderse por accidentes traumáticos y sólo en pequeña proporción para atenderse por trastornos psíquicos derivados de la intoxicación.

Se sugiere la conveniencia de una preparación especial de los médicos que trabajan en los servicics de emergencia con los servicios psiquiátricos existentes en la capital, para poder derivar a los pacientes que requieran un tratamiento más completo.

---

# PSICOPATOLOGIA DEL ESTADO CREPUSCULAR EPILEPTICO*

**Por Carlos Gutiérrez**

El "automatismo epiléptico" es un curioso fenómeno caracterizado principalmente porque el enfermo se comporta como un verdadero autómata, es decir efectuando actividades complejas tales como andar, vestirse, etc., sin darse cuenta de que hace o ejecuta tales actividades y quedando luego con una amnesia más o menos completa de lo ocurrido.

Los psicopatólogos en cambio denominan "Estado Crepuscular" a una alteración de la conciencia con actividad mental y grado de coherencia apreciable al punto que muchas veces los sujetos parecen normales y caracterizado por un predominio limitado de móviles e ideas, con desconexión más o menos completa del resto de la vida anímica.

En resumen, el "automatismo Epiléptico" viene a constituir un término genérico de esta clase de alteraciones, mientras que el estado crepuscular represénta lo mismo, con ciertas características peculiares derivadas del análisis psicopatológico o fenomenológico del mismo.

Tratando ya de precisar su génesis y fisiopatogenia, no cabe duda que desde mucho tiempo atrás los investigadores en neurología y psicopatología trataron de vincular o relacionar muchos fenómenos psíquicos complejos con determinadas porciones o regiones del Sistema nervioso central. De este modo la conciencia, una función psicológica compleja no podía resultar una excepción desde este punto de vista.

Con todo, hasta el momento no ha sido posible ni clínica ni experimentalmente vincular la conciencia con ninguna zona o región limitada o circunscrita del sistema nervioso central. Constituyendo una función de integración o totalidad y de la cual depende la exteriorización e interiorización de la vida psíquica y sin la cual resultaría imposible la objetivación de carácter y de la conducta del sujeto, resulta mucho más difícil circunscribirla o localizarla.

No obstante, en los últimos años y debido principalmente a los notables estudios de W. Penfield, se ha establecido que a lo largo del eje mesencefálico parecen ya estructurarse diversas funciones de integración. Una de ellas muy amplia

* Trabajo de incorporación como Miembro Activo de la Asociación Psiquiátrica Peruana, 18 de Agosto de 1960.

por cierto, sería la de suscitar el estado de vigilia. Con todo y siguiendo a Cobb, no se debe pensar que "allí se localiza la conciencia", sino que ésta última debe entenderse "como una relación compleja de conexiones", dentro de las cuales el sistema centroencefálico constituye "un factor cardinal".

Estas ideas tendrían su asidero en el hecho de que en esta zona se realiza la función integradora de los recuerdos y en ellos del componente lógico, conceptual, neopalidal con su sustrato afectivo, arquipalidal y emotivo. Por último, la porción más inferior de este eje mesencefálico interviene en una serie de integraciones viscerales y así por ejemplo y de acuerdo con la observación clínica, vemos que la sensación nauseosa discurre con apatía y desinterés con el medio que nos rodea, lo que indica la relación de los fenómenos vegetativos de esta zona con los de la conciencia.

Si ha resultado difícil localizar o circunscribir la conciencia como fenómeno o función psíquica compleja en determinadas porciones del neuroeje, más difícil aún resultará encontrar una explicación concluyente desde el punto de vista neurológico o neurofisiológico del "automatismo epiléptico".

Vinculando la conciencia con el centroencéfalo, W. Penfield supone dos sectores en el sistema centroencefálico — el sector A que registra percepcionés integrándolas dentro de la experiencia pasada — y el sector B que tiene por función integrar los sistemas motores y sensoriales, las distintas destrezas, entre ellas la capacidad del lenguaje y también para recordar las experiencias pasadas o hechas. En el "Automatismo Epiléptico", estarían comprometido el sector A, y conservado el sector B. De allí la amnesia y el hecho de que el enfermo no se percate de lo que está haciendo, que actúe como un autómata, como un verdadero "muñeco mecánico".

El mecanismo A depende para W. Penfield de la integridad del sistema centroencefálico en tanto este se asocia con la actividad de la corteza temporal y probablemente con la de la sustancia gris no motora del lóbulo frontal. Estas zonas además funcionan como una unidad y no es dable hablar de "un nivel superior" o de un "nivel inferior" de integración. El mecanismo B que continúa actuando durante el automatismo, posee también componentes corticales y centroencefálicos que permiten que el sujeto continúe ejecutando acciones más o menos complejas. Mas como el sector A integra en una unidad, la unidad del flujo vital, la experiencia presente con la pasada, y este sector está excluído, sobreviene la amnesia y la ausencia.

Esto diferencia el "automatismo epiléptico" de las crisis denominadas psicomotoras, en las que según el mismo Penfield también habría una disociación de la integración centroencefálica y el sujeto que sufre el acceso evoca durante el mismo una escena o un sueño, quedando consciente del mismo; en cambio en el automatismo epiléptico el enfermo no tiene conciencia de lo que hace, pero sí una integración suficiente de actos motores complicados, lo que también evidencia una disociación a nivel del centroencéfalo diferenciándose de la crisis psicomotora en la amnesia que queda al final del mismo.

En general, por ser las integraciones que realiza el centroencéfalo muy

complejas, su disociación se traduce por manifestaciones clínicas muy diversas desde la crisis de Petit Mal hasta la angustia.

Para S. Brock, el automatismo epiléptico depende de trastornos de las asociaciones transcorticales que abarcan las áreas prefrontales y otros; las inhibiciones normales están eliminadas, lo que permite una liberación explosiva de las áreas inferiores. Un automatismo similar se observa en la marcha de los sonámbulos. Señala el mismo autor que en estos estados existe una actividad electroencefalográfica lenta. Para Mollweide se debería a una "incontinencia diencefálica" (tal vez mejor decir inestabilidad constitucional mesodiencefálica).

Como se puede apreciar luego de este suscinto análisis, no hay unidad de criterio neurofisiológico que explique en forma definida o concluyente la fisiopatogenia del "Automatismo epiléptico".

Conforme ya hemos dicho, el denominado "Estado crepuscular" por los psicopatólogos, corresponde al "Automatismo epiléptico" de los neurofisiológos y el análisis de su fenomenología psíquica es sumamente interesante. Varios autores se han ocupado de ello especialmente Bleuler y Jaspers quienes han realizado minunciosos estudios analíticos desde el punto de vista psicopatológico.

Para K. Jaspers, es una alteración psicótica de la conciencia, caracterizada "por una transición de la conciencia realizada con extraordinaria rapidez en la transición a la inconciencia". Le sañala como síntomas objetivos el desinterés frente al mundo exterior, la desorientación, lo incomprensible de la conducta y las perturbaciones de la capacidad de fijación y de la memoria, siendo la reflexión difícil, quedando posteriormente la amnesia. Termina señalando la dificultad actual de establecer distinciones penetrantes en las alteraciones psicóticas de la conciencia.

Psicopatológicamente hablando, el "Estado Crepuscular" viene a ser una de las formas clínicas de aquella alteración de la conciencia denominada anublamiento y caracterizada por déficit mínimo de la conciencia y por la presencia de un contenido anormal y en la cual mengua el sentido de realidad. El contenido anormal de estas alteraciones puede ser a base de pseudopercepciones las que muchas veces se asocian con sensaciones reales, ideas absurdas, mundo fantástico, perseveración o agitación intensa y una memoria de fijación deficitaria.

De este modo, el "Estado crepuscular" puede ser definido como una de las formas clínicas del anublamiento de la conciencia, caracterizado por actividad mental coherente, escasos móviles o ideas y en el curso del cual merced a impulsos poderosos puede el sujeto cometer actos insensatos que lleguen hasta el delito con muy escaso registro imnémico.

Procurando sistematizar la fenomenología del "Estado crepuscular" de acuerdo con el predominio de uno u otro contenido anormal, Kleist reconoce las siguientes formas de "Estados crepusculares": alucinatoria, agitada, perpleja, psicomotora y episódica. Esta clasificación nos está indicando a su vez dos cosas: primero que resulta muy raro encontrar en clínica formas puras, y de otro lado que no resulta raro hallar estados crepusculares con abundante sintomatología mental, que simulen una verdadera psicosis transitoria de minutos o de horas. De todo esto se deduce también que en muchos "Estados crepusculares" no existe tan mar-

cada coherencia en el pensamiento como ha sido señalado. Por último, esta clasiifcación que hemos mencionado resulta útil para la estadística de los diagnósticos en la práctica y para la sistematización de los mismos.

Así mismo, hay autores como Roberto Ciafardo para quienes existiría un automatismo mental (estado crespuscular) incoordinado, caracterizado por una ausencia prolongada en el curso de la cual el sujeto efectúa actos que son súbitos, imprevistos e involuntarios y con escaso o nulo registro mnémico, actos por lo general insensatos y un automatismo mental (estado crepuscular) coordinado que viene a ser la realización de actos inconscientes con la apariencia de que quien lo realiza lo hace bajo el imperio de la voluntad, dando así el sujeto el aspecto objetivo de que es completamente normal.

Veamos ahora como podemos diferenciar el "Estado crespuscular" de otras formas clínicas del anublamiento de la conciencia. Así del estado oniroide porque tal estado se caracteriza porque el sujeto vive un mundo fantástico en forma casi pasiva y en el cual suelen presentarse ilusiones las que son excepcionales en el estado crepuscular; de la embriaguez por la gran actividad psíquica propia de este estado, la exaltación de la imaginación y por el antecedente; del delirio porque en tal estado hay un considerable anublamiento de la conciencia, mayor que en el estado crepuscular, labilidad emocional y desborde de la fantasía en forma de ilusiones y alucinaciones, participando el sujeto en forma activa en estas escenas propias de su imaginación y por los antecedentes sea que se trate de un delirio debido a un estado febril, tóxico o caquexia; de la alucinosis aguda por la gran preminencia que en tal estado suelen tener las alucinaciones auditivas bajo la forma de "voces insultantes" y visuales, que configuran el cuadro; y de la confusión mental o amnesia de los antiguos autores, porque en tal alteración predomina el pensamiento embrollado o confuso y de los juicios falsos o fragmentarios con gran perplejidad.

En resumen y precisando para el diagnóstico de un estado crepuscular es menestar tener en cuenta los siguientes elementos que configuran y dan unidad al cuadro:

—el antecedente previo, pues por lo general se trata de sujetos epilépticos o histéricos, resultando muy excepcional en otras condiciones.
—su instalación brusca, sin causa aparente o determinante.
—la presencia en el mismo de un contenido anormal
—la comisión de actos insensatos, fuera de lo habitual por parte del sujeto.
—la amnesia total o casi total que queda después del mismo
—la repetición periódica de episodios similares.

La importancia médico legal de los "Estados crepusculares" es enorme, pues tal anomalía de la conciencia viene siempre aparejada con graves alteraciones del comportamiento y de la conducta, llegando así hasta la comisión de actos insensatos con las graves consecuencias que son de lamentar, y con el agravante de la amnesia subsecuente. Es precisamente, por esta amnesia que queda que el sujeto puede sentirse acusado de algo que el cree que no ha cometido.

Ahora bien, si tenemos en cuenta el porcentaje relativamente alto que dentro de las anormalidades neuro-psíquicas ocupa la epilepsia y la historia con todas sus manifestaciones neurológicas y psiquiátricas y pensando que la presentación de un estado crepuscular no es del todo infrecuente en tales entidads, comprenderemos toda la importancia que tiene la detección temprana y exacta de tal anormalidad neuropsíquica en los individuos que van a desempeñar funciones en las cuales se requiere de un máximo de atención y precisión.

También no deja de ser importante en la que a la administración de justicia se refiere, el establecer si la comisión de tal o cual delito tiene lugar por parte de sujetos que presentan estas alteraciones de la conciencia, pues ello ya limita y reduce de hecho su responsabilidad penal. Esto ya fué establecido tácitamente por Kretschmer, Biswanger y otros autores, quienes además de los equivalentes epilépticos, consideran de importancia médico legal de las alteraciones del psiquismo, en el carácter y en la inteligencia de los epilépticos.

Con todo, el criterio médico legal actual es que un epiléptico sólo en determinadas formas clínicas de la enfermedad puede cometer un acto punible sin conciencia de ello, particularmente en los "Estados crepusculares". En tal sentido se manifiesta también Krafft Ebbing, quien señala que: "los actos punibles pueden haberlo sido en el instante en que el espíritu turbado no halla adquirido toda su lucidez", por lo que termina señalando que la Epilepsia siempre es una causa atenuante de un crimen. Hay que distinguir según este autor, frente a la responsabilidad penal de los epilépticos, el ataque convulsivo y las alteraciones de la conciencia, principalmente el estado crepuscular, los que de hecho llevan una atenuación importante de la pena. Para Nerio Rojas, lo típico del crimen epiléptico es lo sanguinario y brutal de su comisión, pudiendo cometerlo con o sin conciencia de ello, siendo una de las características, la amnesia total pasado el crimen. Termina señalando que la epilepsia es una de las enfermedads neuropsíquicas que más llevan a la comisión del delito.

Luego de este análisis, podemos deducir toda la importancia que puede tener la comisión de un delito con arma de fuego o blanca por parte de un sujeto portador de estas alteraciones de la conciencia propias del "Estado crepuscular", lo que se agrava más aún pensando que estas graves pertubarciones de la conciencia suelen a menudo coexistir con taras psicopáticas sobre una base fisiológica constituída por alteraciones bioeléctricas propias de la epilepsia esencial. De allí el por qué la justicia en el momento del juzgamiento de un caso de este tipo, debe tener en cuenta estos hechos en el sentido de atenuantes de la falta o delito cometido, cualesquiera que hállan sido las circunstancias de su comisión.

Concluído este brevísimo bosquejo teórico sobre la "Psicopatología del Automatismo Epiléptico", debemos pasar a comentar el Esquema que resume las principales manifestaciones psicopatológicas y neurológicas observadas por nosotros en 10 Casos estudiados en la Sección de Psiquiatría de Tropa del Hospital Militar Central, durante los años 1958-1959. Todos fueron sujetos jóvenes cuyas edades fluctuaban entre los 17 y los 23 años de edad, es decir en plena edad Militar. En todos ellos se llegó a diagnóstico de Epilepsia Esencial, tanto clínica como

electroencefalográficamente, pues los casos que hemos tenido de: Estado crepusculares" pitiáticos, no los hemos considerado en el presente estudio. De estos 10 Epilépticos que hacían "Estados Crepusculares", fué evidente en dos de ellos la existencia de una Personalidad Psicopática de tipo Impulsivo que configuraba muchos de los síntomas y contenido de sus Estados crepusculares. Asimismo en 6 casos fué evidente también la existencia de Oligofrenia de diferentes grados (generalmente Débiles Mentales). Estos diagnósticos Clínicos pueden verse resumidos en el Cuadro Nº II.—

En cuanto al número de Crisis Observadas osciló desde un caso en el cual se producían en forma sucesiva o continua, hasta dos casos en los que solamente pudimos observar una crisis. Ver Cuadro Nº I.— La duración de las crisis osciló entre los 10 minutos en un caso hasta las 36 horas en otro. Los síntomas predominantes observados como contenidos de los Estados crepusculares están resumidos numéricamente en el Cuadro Nº I. De este modo, observamos que los síntomas más frecuentemente observados fueron la agitación psicomotriz (en 5 casos) y una leve agitación en dos casos. Los impulsos auto y hétero-agresivos han sido frecuentes (5 casos), seguido de los de fuga (2 casos). La incontinencia afectiva (3 casos) y la labilidad emocional (2 casos) y la depresión (1 caso). Diversas manifestaciones vegetativas (3 casos) y Mioclonía (1 caso). En un solo caso alucinaciones verbales.

Las Formas Clínicas también se encuentran resumidas en los Cuadros Clínicos Nº I y II, de acuerdo con la predominancia de uno u otro síntoma.

Para terminar resulta necesario referirse aquí en forma muy breve por cierto al tratamiento de esta condición clínica de los epilépticos. La experiencia nos ha demostrado, que el tratamiento de muchos epilépticos convulsivos o no con Fenobarbital en dósis simplemente sedativas e insuficientes para producir la hipnosis completa, suele inducir a la presentación de estos estados crepusculares, pues los sujetos quedan en un estado de conciencia perturbada que fácilmente induce la presentación del Estado crepuscular o de automatismo con todas sus secuelas sintomáticas. Por ello debemos tener especial cuidado en la administración de Fenobarbital en cierto tipo de epilépticos convulsivos o no, en quienes se note esta tendencia a producir estados crepusculares.

## CONCLUSIONES

1.—El "Estado Crepuscular" o "Automatismo Mental" es una alteración cualitativa de la conciencia, que resulta relativamente frecuente en la Epilepsia y en la Histeria.—

2.—Tals alteraciones de la conciencia, tienden a adoptar un caracter episódico o paroxisual y su contenido varía de acuerdo a las características de la personalidad y el modo de reacción del sujeto afecto de las mismas.—

3.—Nuestras observaciones hechas exclusivamente en Epilépticos, nos han permitido un análisis psicopatológico cualitativo y cuantitativo de los síntomas observados.

## BIBLIOGRAFIA

1.—Brock, Samuel "Las Bases de la Clínica Neurológica". Ed. Rosario, Buenos Aires 1948, pág. 284.
2.—Delgado, Honorio "Curso de Psiquiatría". Imp. Santa María, Lima 1953, págs. 202-207 y pág. 317.
3.—Epilepsy: "Proceedings", Baltimore, 1947.
4.—Jaspers, Karl "Psicopatología General". Edit. Bini y Cía. Buenos Aires 1955, pág. 177.
5.—Krafft Ebbing, R. Von "Medicina Legal".
6.—Lastres, Juan B. "Epilepsia y Delito". Rev. de la Sanidad Militar del Perú, Año XXVIII, Nº 78 Enero-Marzo 1955, págs. 34-46.
7.—Penfield, Wilder. "Epilepsy and Cerebral Localization". Baltimore, 1941.
8.—Penfield, Wilder. "Epiletic automatism and the centroencephalic integrating system". Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis., 30, 513, 1952.
9.—Rof Carballo, J. "Cerebro Interno y Mundo Emocional". Ed. Labor S. A. Barcelona - Madrid, págs. 153-154, 1952.
10.—Rojas Nerio "Medicina Legal". Buenos Aires, 1950.

---

CUADRO I.— ESQUEMA DE LAS PRINCIPALES MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGICAS OBSERVADA

| Nombre | Edad | Nº de Crisis | Alt. de las Tendencias Instintivas | Alt. de la Esfera Afectiva | Alt. de la Esfera Intelectual | Alt. Neuro Vegetativas | Formas Clinicas | Diagnóstico Clínico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| M.L.G. | 19 | 1 | Agit. P-Motriz Imp. agresivos y de fuga. | | Amnesia Total. | Cefalea y Visión de "Chispas". | Impulsivo-Agitada. | Epilepsia Esencial Débil Mental Profundo. |
| G.E.V. | 19 | 3 | Leve Agit. P-Motriz. Automutilación. | | Amnesia Total. | | Impulsivo-Agresiva. | Epilepsia Esencial. Psicópaa Impulsivo. |
| A.P.M. | 20 | A Repetición Cont. | Agit. P-Motriz Impulsividad. | | Amnesia Total Ideas delusivas Alucinaciones. | | Impulsivo-Alucinatoria. | Epilepsia Esencial Oligofrenia. |
| L.G.A. | 18 | 5 | Agit. P-Motriz Imp. auto y heteroagresivos. | | Amnesia Total. | | Impulsivo-Agresiva. | Epilepsia Esencial Psicópata Impulsivo. |
| A.L.L. | 21 | 1 | Agit. P-Motriz Imp. de fuga. | | Amnesia Parcial. | | Agitada Imp. Fuga | Epilepsia Esencial Oligofrenia. |
| C.C.F. | 19 | 4 | Leve Agit. P-Motriz. | Gran Labilidad emocionacional. | Amnesia Sub-Parcial. | | Emotiva. | Epilepsia Esencial Débil Mental P. |
| M.S.A. | 23 | 25 | Leve Agit. P-Motriz. | Labilidad Emocional - Angust. | Amnesia Total. | | Emotiva. | Epilepsia Esencial |
| A.R.A. | 20 | 5 | | Incontinencia Emocional Depresión. | Amnesia | Intensa Diaforesis | Impulsivo | Epilepsia Esencial Débil Mental M. |
| I.M.R. | 17 | 6 | Impulsos Insensatos. | Labilidad Emocional. | Amnesia Sub-Total. | Cefalea Diaforesis | Emotiva. | Epilepsia Esencial Débil Mental M. |
| N.R.U. | 21 | 2 | | | | Crisis Mioclónicas Diaforesis | Emotiva Automatismo ambulatorio. | Epilepsia Esencial |

## CUADRO II. — RESUMEN NUMERICO DE LOS CASOS OBSERVADOS

### A.—SINTOMAS PRINCIPALES. —

| | | |
|---|---|---|
| Agitación Psicomotriz en . . . | 5 | Casos |
| Leve Agitación Psicomotriz en . | 2 | casos |
| Impulsividad Anormal en .. ... | 5 | casos |
| Labilidad Emocional en . . . | 3 | casos |
| Incontinencia afectiva en . . . | 2 | casos |
| Síntomas vegetativos en . . . . | 3 | casos |
| Alucinaciones verbales en . . . | 1 | caso |
| Depresión en .. .. .. .. .. .. | 1 | caso |
| Automatismo Ambulatorio en .. | 1 | caso |
| Crisis Mioclónicas en .. .. .. | 1 | caso |

### B.—FORMAS CLINICAS. —

| | | |
|---|---|---|
| Formas Impulsivo-agitadas en . | 5 | casos |
| Formas Impulsivo-emotivas en . | 3 | casos |
| Formas Emotivas en .. .. .. .. | 2 | casos |

### C.—DIAGNOSTICO CLINICO ESTABLECIDO. —

| | | |
|---|---|---|
| Epilepsia Esenc. y Personalidad Psicopática .. .. .. .. .. . | 2 | casos |
| Epilepsia Esenc. y Oligofrenia . | 7 | casos |
| Epilepsia Esencial (pura) .. .. | 1 | caso |

---

# UN ESTUDIO DE LA REPERCUSION FAMILIAR DE LOS CASOS DE OLIGOFRENIA*

**Por MANUEL ESCOBAR.**

La oligofrenia constituye uno de los mayores problemas médico-sociales por sus consecuencias para el propio paciente, para su familia, y en general, para la sociedad.

La situación del oligofrénico en el seno familiar depende en primer lugar de las características del paciente, el sexo, la edad, el grado de la deficiencia, la existencia de otras alteraciones ("ataques", etc.). En segundo término, de las peculiaridades del ambiente: la reacción de los familiares en razón de múltiples factores, la influencia del nivel económico-social, que puede hacer llevadera o muy pesada la carga representada por el oligofrénico, etc. Puede darse una acti-

**TABLA No. 1 — Edad y sexo de los oligofrénicos**

| Edad | Varones | | Mujeres | | Total | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1 a 4 años ... ... ... | 3 | 6 | | | 3 | 6 |
| 5 a 9 años ... ... ... | 10 | 20 | 6 | 12 | 16 | 32 |
| 10 a 14 años ... ... ... | 12 | 24 | 6 | 12 | 18 | 36 |
| 15 a 19 años ... ... ... | 5 | 10 | 4 | 8 | 9 | 18 |
| 20 a 24 años ... ... ... | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 4 |
| 30 a 34 años ... ... ... | 1 | 2 | 1 | | 1 | 2 |
| 40 a 44 años ... ... ... | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| | 32 | 64 | 18 | 36 | 50 | 100 |

tud de marcada solicitud, afecto y protección, o por el contrario de rechazo del oligofrénico. Especial importancia tiene la actitud del vecindario, que puede tomar al deficiente como objeto de su agresividad y de sus burlas.

* Trabajo leído en la Asociación Psiquiátrica Peruana, Setiembre de 1960.

Cuando la deficiencia mental es pronunciada, los padres se encuentran brutalmente frustrados, con el consiguiente componente afectivo ansioso y se engendran diversas actitudes. Sobre todo cuando existe alteración de la conducta con marcada agresividad, los progenitores y familiares se ven agobiados por la atención del paciente dentro de la casa, así como por los problemas que le crea con el vecindario, inclusive con intervención policial a pedido de las víctimas de la agresividad del paciente. Si el oligofrénico es tranquilo, su atención

**TABLA No. 2 — Diagnóstico del grado de la deficiencia y de la existencia de otras alteraciones**

| Diagnóstico | No. | % |
|---|---|---|
| Debilidad mental | 9 | 18 |
| Debilidad mental + Epilepsia | 1 | 2 |
| Debilidad mental + Alteración de la conducta | 2 | 4 |
| Debilidad mental + Epilepsia + Alteración de la conducta | 1 | 2 |
| Imbecilidad | 14 | 28 |
| Imbecilidad + Epilepsia | 7 | 14 |
| Imbecilidad + Alteración de la conducta | 5 | 10 |
| Imbecilidad + Epilepsia + Alteración de la conducta | 2 | 4 |
| Idiocia | 5 | 10 |
| Idiocia + Epilepsia | 3 | 6 |
| Idiocia + Epilepsia + Alteración de la conducta | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

se hace relativamente fácil y, a menudo, la familia le rodea de especial afecto, protección y consideración. Si la deficiencia es poco intensa (debilidad mental) los problemas van a surgir cuando el niño debe concurrir a la escuela, pues entonces su aprendizaje es notablemente menor, cuando a pesar de ello, logra cursar los primeros años de instrucción, su bajo aprovechamiento es más o menos aceptado, pues la frustración de la familia es menor. Los hermanos pueden reaccionar de muy diversa manera; cuando el oligofrénico es tranquilo lo pueden proteger, atender con solicitud; en otros casos puede darse rivalidad o pugna entre los hermanos y el paciente; por último no es raro que los hermanos reaccionen con alteraciones de la conducta. Para ciertas familias el niño deficiente sobre todo constituye una vergüenza, un baldón, y en consecuencia tratan de ocultar su presencia a los demás; esto sobre todo cuando el paciente tiene hermanos mayores, especialmente de sexo femenino, porque consideran que les perjudica en sus relaciones sociales y en sus posibilidades matrimoniales. Una preocupación frecuente de los padres es referente al porvenir del paciente cuando ellos mueran. El internamiento en instituciones especiales para oligofrénicos depende del caso del paciente y de la situación familiar. Además hay que

tener presente que un niño puede recibir atención adecuada en un establecimiento especial durante el día y pasar la noche en casa (medio interno), lo cual es aconsejable en la mayoría de los casos, pues no crea los problemas inherentes a la separación del hogar, ya que el oligofrénico como cualquier otro niño necesita de las relaciones interpersonales familiares para su adecuada maduración afectiva.

Nosotros hemos efectuado una encuesta entre 50 familias de oligofrénicos. Para ello se ha efectuado la entrevista de la madre (en la mayoría) del padre o de la persona que hacía sus veces. Las preguntas se han agrupado en relación a (1) Motivo de mayor preocupación respecto al paciente. (2) Causa a la que se atribuye la deficiencia. (3) Preferencia afectiva por el enfermo o por los hermanos sanos. (4) Actitud frente al nacimiento del deficiente. (5) Deseo de internarlo en un establecimiento especial.

La fuente de datos ha sido, en 30 casos, las entrevistas que personalmente hemos efectuado en el consultorio donde los hemos atendido y la visita domiciliaria realizada por enfermeras debidamente instruídas; en los restantes sólo la revisión de la Historia Clínica, la visita domiciliaria y la encuesta llevada a cabo por una enfermera.

| TABLA No. 3 — Motivo de mayor preocupación | No. | % |
|---|---|---|
| Incapacidad para el aprendizaje escolar y de determinadas funciones | 12 | 24 |
| Ausencia de lenguaje hablado | 2 | 4 |
| Lenguaje deficiente | 8 | 16 |
| Alteración de la conducta (intranquilidad, agresividad, etc.) | 6 | 12 |
| Manifiesta no tener preocupación ("sólo es traviesa", "ya está curada", "la madre no se preocupa") | 4 | 8 |
| Porvenir del paciente | 3 | 6 |
| Ataques | 3 | 6 |
| Cefalea | 2 | 4 |
| Bajo rendimiento escolar | 2 | 4 |
| Torpeza en el trato | 2 | 4 |
| Vergüenza Familiar | 2 | 4 |
| Actitud adversa de la hermana mayor | 1 | 2 |
| Marcado déficit del desarrollo ("es como un animalito, babea...") | 1 | 2 |
| Considera que no hay deficiencia intelectual, sino del lenguaje | 1 | 2 |
| Ataques y el desprecio de los demás | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

Quince (30%) de los oligofrénicos han sido atendidos en el Consultorio de Psiquiatría del Hospital D. A. Carrión de Bellavista, veinte (40%) en el Consultorio de Higiene Mental de la Unidad Sanitaria del Callao, doce (24%) en el Consultorio Médico Gratuito San Camilo y tres (6%) en consultorio particular.

El grupo está constituído por 32 (el 64%) varones; 18 (36%) mujeres; 16 (32%) de 5 a 9 años; 18 (36%) de 10 a 14 años; 9 (18%) de 15 a 19 años; los demás de otras edades, incluyendo varios adultos. Cinco (10%) corresponden a idiocia; a (8%) a idiocia más otras alteraciones; 14 (28%) a imbecilidad, igual número a imbecilidad más otras alteraciones. Nueve (18%) a debilidad mental, 4 (8%) a debilidad mental más otras alteraciones. En 39 (78%) el familiar entrevistado ha sido la madre, en uno el padre, en 2 (4%) ambos progenitores, en 6 (12%) otros familiares, y, en 2 (4%) personas que no eran familiares del deficiente.

En 11 (22%) el motivo de mayor preocupación fué la incapacidad para exigencias de aprendizaje escolar o de la época pre-escolar; en 7 (14%) el lenguaje deficiente; en 4 (8%) la ausencia de lenguaje hablado. En 6 (12%) la conducta alterada (intranquilidad, agresividad, etc.). En otros la mayor preocupación se ha fijado en los "Ataques", en la cefalea, etc. En 4 (8%) manifestaron no tener preocupación alguna por haberse resignado a la situación (2 casos), por considerar que no existía la deficiencia o porque no tenían mayor interés en el paciente.

| TABLA No. 4 — Causa a la que atribuyen la oligofrenia | No. | % |
|---|---|---|
| Ignora la causa | 11 | 22 |
| Emociones sufridas por la madre durante la gestación | 8 | 16 |
| Herencia | 4 | 8 |
| Traumatismo cefálico | 3 | 6 |
| Meningitis | 3 | 6 |
| Parto distócico | 2 | 4 |
| Alimentación deficiente de la madre durante la gestación | 2 | 4 |
| Afección hepática | 1 | 2 |
| Fué engendrado cuando la madre estaba convaleciente de Brucelosis | 1 | 2 |
| Lúes | 1 | 2 |
| Sarampión con fiebre alta | 1 | 2 |
| Traumatismos sufridos, en la infancia por la madre (?) | 1 | 2 |
| Ambiente | 1 | 2 |
| "Un complejo" | 1 | 2 |
| "Debilidad al cerebro" | 1 | 2 |
| "Mal cáracter" | 1 | 2 |
| Susto | 1 | 2 |
| Considera que su hijo "no tiene nada" | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

La mayoría, 11, (22%) ignora la causa; 8 (16%) cree que la deficiencia se debe a sufrimientos de la madre durante la gestación; y (8%) la atribuyen a la herencia, ya que en la familia hay otros oligofrénicos; 3 (6%) a meningitis; los restantes a diversas causas.

En 18 (36%) casos manifestaron que no existía preferencia afectiva, el cariño era dispensado por igual a todos los hermanos; en 16 (32%) había preferencia afectiva, el cariño era dispensado por igual a todos los hermanos; en 16 (32%) había preferencia afectiva por el deficiente, en los demás diversas particularidades.

| TABLA No. 5 — Esperanza de curación o de mejoría | No. | % |
|---|---|---|
| De curación ... ... ... ... ... .... .. ... ... ... ... ... .. .. .. | 21 | 42 |
| De curación condicionada a "buen tratamiento" y recursos económicos .. ... ... . ..... ... ... ... ... ... ... ... ... .. .. | 8 | 16 |
| Considera que curará "porque es un complejo" .. ... ... ... ... | 1 | 2 |
| Afirma que ya está curado ... ... ... ... ... ... ... ... .. ... | 1 | 2 |
| De mejoría ... ... ... .. ... . ... ... ... ... ... ... ... .. .. | 4 | 8 |
| De mejoría de los "ataques" .. ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 | 2 |
| Dudan ... ... ... .. .. .. ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 5 | 10 |
| "No saben" ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .. .... | 2 | 4 |
| No contestó ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... .. .. .. | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

En 34 (68%) tienen una actitud actual positiva frente al nacimiento del oligofrénico; 13 (26%) una actitud negativa, en el sentido de preferir que no hubiera nacido; en 3 (6%) hubo una actitud ambivalente.

En 39 (78%), la respuesta fué que deseaban internar al deficiente, durante el día, en una Institución especial; en 5 (10%), deseaban internado completo; los

| TABLA No. 6 — Preferencia afectiva | No. | % |
|---|---|---|
| Los padres le quieren igual que a sus hermanos .. ... ... ... | 18 | 36 |
| Existe preferencia afectiva por el paciente ... . ..... ... ... . | 16 | 32 |
| Preferencia afectiva por el hermano menor y por el paciente ... | 2 | 4 |
| Preferencia afectiva por el hermano menor ... ... ... ... ... . | 2 | 4 |
| El paciente es el único hijo ... ... ... ... ... .. .. ... ... ... .. | 2 | 4 |
| Preferencia afectiva por los otros hermanos ... ... ... .. . | 1 | 2 |
| Sus primos le aprecian por su conducta .. ... ... ... ... ... | 1 | 2 |
| Está a cargo de tíos, abuelos, que le tienen afecto ... ... ... . | 4 | 8 |
| TOTAL | 50 | 100 |

restantes no querían internar al oligofrénico por diversas razones ("Todavía es muy pequeño", "el padre ha fallecido recientemente", "quejas de la atención recibida cuando estuvo internado en un Hospital", etc.).

La situación económica-social de la familia en 26 (52%) es mala; en 15 (30%) es regular y en 9 (18%) es buena.

Los datos que hemos consignado son de tipo general, posteriormente esperamos presentar otros aspectos de la investigación.

Los resultados de la encuesta nos informan de ciertos aspectos de los problemas existentes alrededor del oligofrénico en el seno de 50 familias y nos ilustran elocuentemente las consideraciones que hacíamos al comienzo de este traba-

jo. La importancia médico-social salta a la vista, no se trata sólo de la atención del paciente, ya que éste pertenece a una familia y su deficiencia es un factor no despreciable en el conjunto de la situación familiar. Por lo tanto cuando, se trata de rehabilitar a un oligofrénico, o de atenderlo en Instituciones especiales, no se debe tener sólo en cuenta el éxito limitado en la atención del deficiente

| TABLA No. 7 — Deseo de internar al oligofrénico | No. | % |
|---|---|---|
| Desearía que estuviera interno ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 5 | 10 |
| Desearía que estuviera medio interno (Diurno) ... ... ... ... ... | 39 | 78 |
| No desearía internarlo porque es muy pequeño ... ... ... ... . | 1 | 2 |
| No desearía internarlo porque ya lo estuvo y la atención fué deficiente ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... | 1 | 2 |
| No desea internarlo porque es tranquilo y no tiene remedio ... | 1 | 2 |
| Considera que ya está curado ... ... ... ... ... ... ... ... ... . | 1 | 2 |
| La madre no tiene el menor interés .. ... ... ... ... ... ... ... . | 1 | 2 |
| No, porque hace poco falleció el padre ... ... ... ... ... ... .. | 1 | 2 |
| TOTAL | 50 | 100 |

sino la contribución que ello representa, a una mejora en la situación familiar, en otras palabras constituye una positiva labor de higiene mental.

Deseo expresar mi reconocimiento al Dr. Arnaldo Cano J. y a a la Dra. Elsa Felipa R., en cuyos respectivos consultorios han sido atendidos parte de los oligofrénicos que hemos estudiado.

## RESUMEN

Se hace una revisión de la repercusión familiar de los casos de los oligofrenia, la cual depende de las características del deficiente (grado de la oligofrenia, existencia de ataques, agresividad, etc.) y de la familia.

Se consignan los resultados de una encuesta a 50 familias, con casos de oligofrenia, respecto a los motivos de mayor preocupación, causa a la que atribuyen la deficiencia, actitud actual frente al nacimiento del oligofrénico, la preferencia afectiva y el deseo de que sea internado en un establecimiento especial.

La repercusión familiar de los casos de oligofrenia es muy importante. Con la atención del oligofrénico no sólo se procura rehabilitarlo, sino que se realiza una valiosa labor de higiene mental en el seno familiar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Delgado H.: "Curso de Psiquiatría", Imprenta Santa María, Lima, 1953.
2. Gall A.: "Los Fracasos escolares". Eudoba. Editorial Universitaria, Buenos Aires, 1959.
3. Kohler C.: "Deficiencias mentales", Luis Miracle, Editor, Barcelona, 1956.
4. Lemkau P.: "Higiene Mental". Fondo de Cultura Económica, México, 1958.
5. Majluf E.: "La oligofrenia y su repercusión familiar". Tercer Congreso Latino-Americano de Salud Mental, Lima, 1958.
6. Noyes A.: "Psiquiatría Clínica Moderna". La Prensa Médica Mexicana, 1951.

# RASGOS CULTURALES DE UN GRUPO DE MESTIZOS SERRANOS A TRAVES DE LA PRUEBA DE APERCEPCION TEMATICA (TAT)

**Por Carlos Parcía Pacheco** *

El estudio de la personalidad básica de la población mestiza de Mendocita se ha realizado (Rotondo y colaboradores) utilizando técnicas de observación, entrevistas, cuestionarios diversos y pruebas biográficas, que hemos complementado con la aplicación de pruebas proyectivas. Las ventajas del método proyectivo son muchos, tanto en el estudio individual como en el de grupos humanos, pues evita las reservas conscientes, debido a que el propósito de la prueba se mantiene oculto.

En este trabajo que forma parte de una serie que versa sobre personalidad básica, opiniones y valores emigrados a la ciudad de Lima, estudiamos las fantasías de un grupo relativamente homogéneo de mestizos serranos, del tipo que los antropólogos denominan "emergente" o "reciente", con el objeto de enterarnos de sus necesidades, ideales y de sus reacciones emocionales en su nuevo ambiente.

Empleamos el TAT abreviado, para lo que seleccionamos 10 láminas (2—3 6—7—9—10—12—13—16—20). La prueba se realizó en sesiones individuales, aunque como veremos nunca contamos con las condiciones de tranquilidad, aislamiento y tiempo que hubiéramos deseado.

Aplicamos la prueba a un grupo de 21 mestizos serranos que viven en situación económica anémica, hacinados en cuartuchos antihigiénicos.

Empezamos el trabajo con una muestra de 46 personas de las cuales, siete no fueron ubicadas por haberse mudado, una de ellas, nos enteramos después, había fallecido, diecisiete no aceptaron, unos "por no tener tiempo", otros nos rechazaban enérgicamente con un simple "no quiero" o pomposamente exhibían

* **División de Higiene Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Lima, Perú.**

un carnet del Seguro y agregaban "hágale a otros que no tienen"; eficaz consuelo cuando las necesidades son muy grandes.

En el grupo reducido a doce mujeres y nueve varones tropezamos con algunas dificultades, la mayoría estaban de prisa, los hombres después de algunas respuestas enmudecían, las mujeres atendían simultánea o sucesivamente al examinador, a sus quehaceres hogareños o eran interrumpidos por sus pequeños hijos o por visitas de sus vecinos, parientes o paisanos a quienes como es lógico prestaban atención. Algunos vacíos en los protocolos derivan de estos hechos, aunque como vamos a ver ciertos datos, faltan invariablemente, por lo que suponemos, su omisión obedece a mecanismos defensivos. Los probandos se limitaban a veces a los hechos que estaban sucediendo en la lámina, haciendo muy escasas referencias al pasado o al futuro. Interpretamos la primera como un fenómeno de resistencia frente a experiencias penosas de su vida infantil o juvenil, o a la pereza para examinar la génesis de su conducta. El futuro fué visto condicionalmente, como alternativa, "si no es esto, es aquello", "mejorará pero no está en condiciones de base primordial" (dinero), casi nunca pudimos apreciar un plan definido o una decisión unívoca, excepto cuando trataba de finales pesimistas, "alguna desgracia", "un accidente", "muerte" lo que guarda relación con problemas interiores que no pueden solucionar, por lo que apelan al refugio de la fantasía como veremos en la lámina 16.

La mayoría de las historias son relatos sencillos, en castellano mutilado gramaticalmente, a veces haciendo caso omiso de las indicaciones se limitaban a dar respuestas de carácter descriptivo.

A fin de comprender mejor el examen horizontal de la prueba, realizamos previamente un examen vertical en cada sujeto. Los varones se identificaban con héroes agresivos e inseguros o deprimidos y enfermos. Las mujeres con heroinas débiles, enfermizas, cargadas de responsabilidades y preocupaciones o con heroínas igualmente preocupadas, pero tristes, deprimidas e inseguras.

## CASUISTICA

Examinamos los rasgos del grupo de mestizos estudiando separadamente cada sexo.

Lámina 2.— En los hombres se presentó el tema de carácter melancólico, asociado a las actitudes pensativas (pensativo significa apenado en el lenguaje de nuestros probandos), a la enfermedad o al pesimismo, sólo un sujeto (F. A trabajador y optimista, difiere caracterológicamente del grupo y es el que siempre da la respuesta discordante) se ocupó del tema del estudio y del trabajo

En las mujeres se presenta también la depresión, asociada a la enfermedad, a la pobreza o a ambas, C. H. nos dió una respuesta típica: "pensando sufre, piensa en la pobreza, no tiene plata para mantener a sus hijos".

Dos mujeres se refirieron al trabajo, una de ellas dió una respuesta impersonal, "están arando, un señor y una señora".

Lámina 13.— Reaparece el tema de la tristeza, al lado de la falta de trabajo, de la enfermedad, de la pobreza, del pesimismo, miedo a la enfermedad y temor a la muerte, "sufro, deseo trabajar, no tenemos plata para mantener a nuestros hijos, "esta enfermedad puede ser de la cabeza, por debilidad, por otros pensamientos... uno piensa en los hijos, qué porvenir tendrán..." "Está enfermo, triste, tal vez pulmonar, si no cura, tendrá que acabarse, así morirá".

Como vemos existe en los mestizos una preocupación permanente por la enfermedad que relacionan con problemas económicos y familiares.

La pobreza en los relatos constituye la causa inmediata de la tristeza, la inseguridad, del hastío y en cierto modo del fatalismo.

Lámina 6.— Aquí se presentan elementos de carácter familiar y ambiental, que revelan problemas de la relación madre hijo, éstos los vinculan a la embriaguez, aquéllos a una autoridad pasiva frente a la desobediencia, mala conducta y agresividad de los hijos. Advertimos dos medios educativos, resondrar y suministrar consejos.

"Su hijo habrá faltado a su mamá, ella no quiere perdonar. Habrá andado en mal camino. El pide perdón. O anda en mal camino o se corregirá", la madre no se caracteriza por su blandura; "el señor está medio pensativo, (triste) porque su mamacita está enferma quien está contemplando tal vez flores. El señor está pensando triste, piensa: "Qué haré?..." Hay pensamientos tiernos para la madre. "Una señora seria que ha tenido un cambio de palabra con su hijo porque éste paraba en la calle y paraba en el "vergeleo" (diversiones con mujeres durante las que se acostumbra beber) y seguro ha gastado dinero. El hijo está triste por todas las cosas que ha hecho y piensa no cometer errores".

No falta el componente depresivo (30%), ansiedad (20%) en mujeres. En el 40% de los hombres también se encuentra depresión, a veces junto a la inseguridad. Uno de los entrevistado nos ofreció una singular manera de descargar la agresividad frente a los contratiempos de la vida "debe descansar o tener su cólera en su casa". Coincidiendo con lo que se sabe acerca de la agresividad en ese grupo cultural.

Lámina 7.— La madre fué vista como educadora (40% M); "una bebé, está señorita es madre de familia, la mamá le aconseja para que sepa criar a sus hijos, le enseña..."; aún en la edad adulta, las hijas permanecen ligadas a la figura materna, más vigorosa que la paterna. "Acá está enseñando a su hija para que aprenda, así nuestra madre nos enseña a hacer todo; antes le enseñaba a trabajar, como nos ha enseñado nuestra madre, así será pues". Ocasionalmente se presentó depresión y ansiedad.

En los varones las respuestas fueron tan heterogéneas que sólo cabe enumerar los temas: enfermedad, ansiedad por la situación familiar, desobediencia, resentimiento, inseguridad.

Lámina 9.— Como se sabe la lámina que corresponde al sexo femenino difiere de la que corresponde a varones en muchos aspectos, v. g., en una la mujer corre por una playa, en la otra un grupo de hombres reposan.

El 25% de las mujeres señalaron situaciones en que las hijas desacataban

las órdenes de la madre, desobedecían, experimentaban temor, "la mamá está molesta porque su hija le ha desobedecido", "esta hija es malcriada".

El 75% de los varones vieron un grupo de sujetos embriagados, A. G.: "hombres que se han echado a perder por el vicio del alcoholismo, aquí están durmiendo donde se encuentran, porque no tienen hogar, morirán en el hospital".

Lámina 10.— En esta lámina se manifiesta las relaciones afectivas dentro del círculo familiar, que como hemos visto en otros trabajos (Rotondo y colaboradores) constituye un refugio para sus sufrimientos y fracasos, las expresiones son de cariño, secreto, desconfianza, nostalgia y pobreza", "pensamientos de algo que le falta cuando no tenemos dinero, ni alimentos, pensando le da sueño...", dice María S.

En los hombres la temática alude a reencuentros, pena y muerte, H. Ch. manifiesta: "son cónyuges, se agarran con cariño, viene el recordatorio pues se entrevistan de un tiempo, el hombre está con lágrimas, piensa: Qué diré!, la Sra. está triste, le falta metal. El piensa: Qué cosa le miento?, si he estado de viaje o me he encontrado enfermo; ella dice: ¡a! cuánto tiempo te veo hijito!, pero a la Sra. se le conoce está triste, se ven después de tiempo, carecen de metal, eso es lo principal". 'Ante todo quiere conservar el cariño, aunque H. Ch. siempre habla del metal lo que verdaderamente le importa es conservar el afecto, piensa en mentir, pero su mentira es una mentira por amor.

Lámina 12.— Estudiamos las relaciones con los adultos, el dominio y la dependencia. Sorprendentemente no se encuentra nada de ésto, excepto én algunas mujeres, pero en ambos sexos se observa una desviación hacia otros caminos. En las mujeres se trata de relaciones con la madre, en que ésta aparece como consejera, llenando un vacío o como símbolo de añoranza familiar.

"Esta señortita está con su mamá, la madre le aconseja a su hija que tiene que portarse bien. La aconseja para que se cuide y no le pase nada"; "ésta es madre, esta es su hija, qué habrá pasado, nosé, algo con su mamá, por eso están pensando las dos, pensarán que algo ha pasado, ella está afanada, llorando está volteada, no quiere mirar, ni obedecer".

Los hombres sin excepción ven escenas en la que ellos o algún familiar está enfermo, uno espera ayuda de un amigo. "Está enfermo, está descansando alguna enfermedad del estomago, dolor de cabeza y fiebre... y éste parace un brujo levantando la mano que lo va a curar, el brujo no le sana y le saca plata" (El primero tiene cierta cultura médica); "un enfermo" está con un médico. El médico debe decirle cualquier cosa, debe explicarle de su enfermedad, "que no sé preocupe, que pronto estará sano", "la señora está enferma y el señor le echa la bendición"; '"aquí el mismo joven en la cama, ya está enfermo". Está en cama y el señor le hace una seña con la mano, puede ser un amigo que le está conversando, lo atacó la enfermedad por malas noches, se ha alcoholizado, lo último de su vida". Esta forma de reaccionar, —la enfermedad—, a las situaciones que se presentan en la relación con los adultos, se resuelve en virtud de la intérvénción de figuras que poseen poderes extraordinarios.

Lámina 13.—Actitud frente al sexo.

En el sexo femenino se encuentra en orden de importancia, pleitos con el cónyuge, agresividad y amor. Una se identifica con el sexo opuesto. Matizando esas actitudes, depresión en la mitad de los casos.

"No tiene dónde ir... están en su cuarto... su mujer está echado muerto... El hombre es malo y por eso la mujer ha muerto por enfermedad", "éste es su marido, ella está durmiendo, habrán peleado pues...", "ha matado creo por loco, y ahora llora, tiene miedo que lo lleven ahí".

En el sexo masculino, agresividad, plietos, inseguridad, abatimiento, soledad matizadas por la tristeza en el 75%.

"El señor está triste llorando, siente alguna enfermedad, se siente con malestares del riñón, se encuentra arruinado, está triste porque la señora está grave y él está preocupado porque le falta lo primordial (dinero). Aquí a la señora le falta protección, está caída, él está llorando, no tiene cómo sanarla, ni dónde llevarla".

Lámina 16.— En ambos sexos del suelo árido de las necesidades insatisfechas, de las frustraciones de los deseos incumplidos, del desamparo, de la pena, brota la abundancia, la posesión, el afecto y el generoso fruto de la naturaleza que dejaron en su terruño. No podemos resistirnos a citar algunas expresiones. "Puedo dibujar flores y plantas donde podría poner servicios y esa casa sería mía y viviría con mi esposo y al morir quedarían mis hijos en esa casa", "lo que no quisiera, gente pensando, las criaturas fastidiando, porque quieren comer o salir a la calle", "jardincitos, flores, palomitas, patito", "árboles, un fruto, porque es bonito tener en una casa un arbolito con sus pajaritos", "una canasta para comprar papas, fruta, telas, para comer, vestir a mis hijos, todos", "un muñeco", "un retrato de mi familia", "una virgen que ví en mis sueños", "el Corazón de Jesús"... las fantasías hicieron un tránsito de los valores vitales a los religiosos.

Lámina Nº 20.— En las mujeres se presenta la soledad, la falta de un lugar donde cobijarse, el perdón de los pecados, la esperanza.

"Es una paisanita parada al lado del poste y está esperando un carro para viajar a Lima. Ella está en la provincia de Tarma. Es de madrugada ella está parada frente a unos árboles de fruta... quiere venir a Lima a buscar trabajo".

"Se ha portado mal pero le perdonarán".

En los varones la soledad, muerte, falta de trabajo en su ambiente deprimente o amenazante.

"Este es un varón en una parte solitaria, parece chacra está contemplando triste con la mano en el bolsillo, está asustado, porque en parte de silencio siempre está asustado. Pensará pasar un monte para llegar a una meseta o a una familia", "una persona que parece que está colgado, este para el poste de alumbrado público, puede estar electrizado, muerto".

Ambos sexos reaccionan ante un estímulo, para ellos muy indeterminado, con tanteos en busca de la seguridad, un tanto atemorizados, sólo ven muerte, soledad, amenazas, que los obligan a buscar un refugio, que puede ser un lugar distante, la familia o el trabajo.

## CONCLUSIONES

1.— Se aplicó el TAT a un grupo de mestizos serranos de a barriada de Mendocita. (12 mujeres, 9 hombres).

2.— Utilizando 10 láminas (2—3—6—7—9—12—13—16—20—10).

3.— Tanto las mujeres como los hombres mostraron una marcada tendencia a la depresión, asociada al pesimismo y a la pobreza.

4.— Anotamos el tema de la autoridad, menoscabada por la desobediencia y la mala conducta.
En los varones aparecieron referencias a alcoholismo.

5.— Consideran como medios educativos, resondrar, dar consejos, los últimos reveladores de una necesidad de los mismos.

6.— Domina sentimiento de inseguridad, tristeza, la conciencia de que falta aún lo más elemental para satisfacer las necesidades primordiales.

7.— Eludieron las relaciones con los adultos.

8.— Las relaciones entre los sexos evidenciaron agresividad latente o manifiesta, aunque se espera mucho de los cónyugues.

9.— Del suelo árido de las necesidades insatisfechas, de las frustraciones, de los deseos incumplidos, del desamparo, de la pena, brotó la abundancia, la posesión el afecto (lám. 16): todo lo que les falta y desearían poseer.

10.— Ha sido notable la reiteración del tema de la enfermedad.

11.— Las referencias al pasado han sido escasas.

12.— No hay planes para el futuro, los héroes viven en presente.

13.— No ha sido posible llevar a cabo la interpretación numérica debido a que ninguna de las pruebas alcanzó el número de palabras requerido, aún en aquellos que demostraron interés y establecieron buena relación con el examinador.

14.— Creemos que en la población examinada el bajo número de palabras está en relación con cierto primitivismo de los sujetos como se desprende de la falta de conformidad a la consigna la escasez de asociaciones y la estructura deshilvanada de las historias. En una palabra escasa vida interior

# LA COLITIS ULCEROSA Y LA HOMOSEXUALIDAD FEMENINA

**Por Gabriel de la Vega**

El problema de la colitis ulcerosa ha sido extensamente estudiado por diferentes autores; tanto desde el punto de vista orgánico y somático (1—4—9a—9b—9c—9d—12—13—18—21) como desde el enfoque mayormente analítico (1—2—5—6—7—8—11—11a—11b—11c—11d—11e—14—19), de ahí que en nuestra tesis usemos libremente de las ideas expresadas en la bibliografía enumerada. Creemos que esta enferma demuestra como: 1) la colitis se presentó como la contrapartida de la "escenificación" (acting-out) homosexual; 2) sufría de un superyo defectivo y sadista; 3) el yo masoquista se sometía a las demandas severas y al "doble aspecto" de un superyo deficiente; 4) había la necesidad de "controlar" la figura materna por medio de la enfermedad y su actividad colónica; 5) se llegó a trazar las ramificaciones de las fantasías inconscientes al través de las producciones escenificadas (acting-out) de la transferencia y de mis propias fantasías contra-transferenciales. La exposición clínica no seguirá un estricto orden cronológico ni tampoco se llevará a cabo en forma logista y acabada porque no es así que se obtuvieron tanto el material clínico como las situaciones tranferenciales.

Miriam S., de 21 años de edad, soltera, habiendo sido "deshaucicada" por los médicos del Hospital y no queriendo someterse a la extirpación colónica me vino a ver. El tratamiento duró un promedio de 6 años, a razón de 5 visitas semanales y fué terminado hace ya unos cuatro años. Desde su terminación no han habido recrudescencias ni de la colitis ni de la homosexualidad y la enferma de cuando en cuando me escribe unas notas por las que he sabido que logró quedar preñada y dió a luz una niña de 8 lbs. sin contratiempo y más tarde un varón de 7 1/2 lbs.

El comienzo fué muy dificultoso porque había visto a otros dos analistas: uno no la quiso tomar, y el otro le pidió un precio imposible para ella, lo que la hizo pensar que estaba al borde de la muerte. De ahí que desde el comienzo manifestó una gran resistencia y estuvo en transferencia fracamente negativa. Las seseiones eran un caudal interminable de reproches, quejas, cuitas, mal tratos recibidos, y toda forma de insultos. "Todo el mundo se queja de mis pequeños

ruidos"; y en efecto hacía "ruiditos" con la boca, la lengua, y los dedos ("me los estrallo"). Cuando sufrió el primer ataque de colitis tenía pánico de morirse, después del segundo ataque hasta llegó a pensar que la muerte le sería agradable. Sobretodo la fantasía predominante era la de suicidarse y después representarse la escena: "mi madre ahora comprenderá lo que me ha hecho sufrir". Antes del segundo ataque había escrito una nota y la "dejé descuidamente" sobre la mesa; de ahí que la madre se enterase de que "había tenido relaciones sexuales con mujeres". En el fondo se alegró de que la madre lo supiera como venganza; una vez a la edad de 17 años cuando se besaba en la sala con un amigo, la madre la sorprendió y dijo: "ahora ya sé que eres un perdida". "Ahora sabe que a mi los hombres no me pierden". Además del mal rato que pasó con el muchacho le molestó la acusación porque la madre "nunca aprendió a vivir con los hombres tampoco" pues recién nacida la enferma (8 meses de edad) la madre se huye del padre y se fueron a vivir a casa de los abuelos por espacio de 1 1/2 años. Después regresaron "y fué cuando conocí a mi padre". El padre siempre fué muy bueno con ella: "me leía libros de cuentos, me cargaba, me acariciaba y me hacía mimos pero no mamá; ella era sóla la disciplinaria". Y dice la enferma que en Inglaterra se ponen anuncios en los periódicos pidiendo una "ama de casa que sea una disciplinaria" cuando en realidad es un "degenerado sexual que quiere una mujer que le de azotes". El padre (médico) le ha dicho que esos "perversos son todos unos desgraciados" pero "no hay que condenarlos". La madre nunca se expresaría en esos tonos pues es muy intransigente.

También tuvo dificultades con la madre después de nacido el hermano (4 años menor) a quien atormentaba con todo lujo de detalles. Le clavó un lápiz, le pellizcaba, una vez "le mordí", le daba galletazos y todo género de "torturas". Era el favorito de la madre. Lo mismo le pasó con los muchachos en la escuela, era la que denunciaba lo que otros habían hecho para verlos castigados. En los juegos siempre fué como un varón (Tom-boy) y se las pasaba en peleas y a puñetazos en el barrio. Sufrió la primera "conmoción" cuando se enteró de forma ocasional que era judía: los padres no se lo habían hecho saber. El apellido era alemán y vivian en un barrio de italianos: ella era de las primeras que gozaba diciéndole vituperios (cat-calls) a los muchachos judíos que se aventuraban en el "barrio". El padre la sorprendió en eso y entonces fué cuando le dijo que ella también era judía. Eso le pareció a la enferma "una crueldad de mi padre", se le debía haber informado mejor. Esto ocurrió cuando ella tenía unos 14 años "lo que demuestra que la menstruación no impide la actividad física a las mujeres". Nadie sabía cuando ella menstruaba, es más en esos días es cuando se hacía "más insorpotable". Era el "terror de la casa y del barrio". De niña había descubierto que todo lo que tenía que hacer era un "gruñido como si quisiera ir al baño" y la madre se levantaba de la mesa y la llevaba al inodoro: el padre tenía pues que comer solo. Le gustaba saber que tenía "un poder secreto" sobre los demás "creando trastorno para que tuviesen que prestarme atención". Así fué como aprendí yo sola a ser el terror y la jeringa de toda persona a mi alrededor".

Otra forma de hacerse notar la descubrió también de niña; cuando a los 3 1/2 años se fugó de la casa de los abuelos (donde estaba pasándose el verano) porque "quería ver a papá". Esto se repitió en varios veranos hasta que ella tuvo 10 años. Entonces cambió porque la madre nunca le compró una bicicleta y el abuelo materno al fin le dió una. El abuelo también es médico y "más razonable" por lo tanto "porque los médicos viven de cara a la muerte y no le temen a la vida". La enferma se fugó con la bicicleta pero cuando le dijeron que si lo volvía a hacer le quitaban la bicicleta dejó de escaparse. Este abuelo "ya chocho" cuando ella tenía unos 12 a 13 años "me tocó todo el cuerpo y los pechos como si yo fuese una pieza anatómica y de estudio". Miriam dejó de visitarlos y ellos murieron "sin que me pasase más veranos en la casa de la playa".

A esa misma edad (12) empezó a ir a un campamento de verano. Era de esos "degenerados" donde las pupilas tienen relaciones sexuales con los mentores. Una de las maestras (counsellors) "se enamoró de mi" y ella se dejaba besar y toquetear llegando incluso a manipulación de los genitales pero no un "verdadero acto homosexual" porque no se acostaban juntas y desnudas en la cama sino que "todo era fortuito y al acaso", es decir, cuando encontraban una oportunidad de estar solas. Este tipo de acto homosexual se repitió "muchas veces" pero siempre "era la pasiva" pues sentía "repugnancia de seducir a nadie a una perversión". A la edad de 17 años es cuando tuvo su primer "acto homosexual completo". La otra (Leah) era divorciada y con una hija. "gorda como un elefante" y "me persiguió hasta que me rendí". Le atrajo en esta mujer el hecho de que éra protestante, rica de nombre bien conocida socialmente y por tanto del "grupo" (in-group). Miriam siempre se sintió como "de los de afuera", nunca se creyó igual a nadie y en todas sus relaciones buscaba "que se me aceptase". Leah "me introdujo a una serie de placeres nuevos, por ejemplo, conilingos. Ya en aquel tiempo había aprendido a masturbarse: ponía una mano sobre la región genital y con la mano izquierda se tiraba del pezón izquierdo también. Siempre pensó que el lado izquierdo del cuerpo es el femenino. En todas estas relaciones con mujeres déscubrió que "el amor y deseo" del comienzo termina en odio habiendo "casi una relación de grado entre la intensidad del odio y los deseos del comienzo en proporción a la intimidad sexual".

Huyéndole a todo esto "que nunca conduce a la felicidad" se enfrascaba en relación con hombres "pero siempre me aburría". Los hombres sólo tienen una idea en la mente "el acostarse con una". Pero cierta cantidad de manipulación no le desagrada. Tuvo el primer ataque de colitis después de haber estado enfrascada en una relación con un muchacho que "casi me penetra" pero "sufrí un ataque histérico, me desmayé y él se dió un susto tan grande que no le vi más". Entonces fué cuando conoció a Mimi. Cuando rompió con Mimi "reboté como pelota" y tuvo otro novio. La culpa de que ella se enfermara "es de él" pues la pudo salvar "y no quiso". Durante la enfermedad el primo (4 años mayor) la visitó muy frecuentemente. En casi todas las visitas ella se sentía incómoda pues le sentía el genital con los dedos de los pies. Este se apoyaba en la cama a la pielera y ella no podía huir o mover los pies sin atraer la atención de los demás.

Con este primo cuando ella tenía unos 8 o 9 años había tenido "juegos sexuales", es decir, ella le había practicado felatio "porque a él le gustaba así". Durante este ataque sufría de pesadillas que a veces eran casi reales. Uun grupo de bandidos la perseguía reproduciendo el cuadro de Alí Baba y sus Cuarenta Ladrones. Fué su libro favorito cuando niña "y papá me sentaba en sus piernas cerca de la ventana y me releía el cuento que ya me sabía de memoria. Siempre fué de un "dormir liviano" despertándose con cualquier "ruidito". Pero durante le enfermedad esto se agravó. Otro tipo de pesadilla era de un grupo de muchachas que saltaban desde la azotea, alegremente, y no se hacían daño al caer (menstruación en argot sajón) pero ella nunca se atrevía a tirarse de la azotea. Con sus reglas sufre mucho de dolores "y sensaciones de todas clases". Como si tuviese algo dentro del estómago, "consciente de mis entrañas", de "un tarugo atravesado en la garganta", "consciente del cuerpo", de que hay algo entre la columna vertebral y la pared abdominal en el área púbica, etc. Tiene verdadero terror al vacío (16) y por eso no monta en aviones. Otra pesadilla frecuente era de estar en un avión y éste cae quemándose "viva atrapada en esas entrañas caldeadas de fuego y metal".

Durante todo este tiempo venía siempre vestida de pantalones y camisa de hombre diciendo que "problamente quiero lucir como un hombre". A veces en las playas al pasar ella los muchachos han hecho el comentario "¿y esto qué es?, hombre o mujer". Tiene dudas de que yo la pueda mejorar "porque los hombres son torpes", que no comprenden lo que pasa por la mente de una mujer. Todo esto no la ayuda a eliminar el pánico perpetuo que siente. Ni los gestos la alivian ya: "gestos de protección" por ejemplo, poner la mano debajo de la camisa (o sweater), tirarse del ajustador, soplar aire y remover con las manos cualquier partícula de suciedad que se deposite "sobretodo en el pecho", etc. Sabe qué atrae atención con estos gestos "pues tengo muy buena figura", pero al mismo timpo ella baja los ojos y no tiene que enfrentarse con los ojos de otras personas. Cuando trabajaba como 'salvadora" en la playa o en la piscina todo el mundo la miraba. "Tengo muy buenas piernas y un busto bien formado" además "me gustaba exhibirme". Ahora lo que pasa es que se corta el pelo a "lo varón" y no le gustan los piropos. Sabe que "como mujer" los hombres van "al grano"; como adolescente y niña de 12 a 13 años "no hay quien se atreva, solo pueden mirar y tocar"

Tiene periodos de depresión sin saber por qué razón. A veces se pasa el día llorando. Otras veces se imagina todo tipo de insultos y llora "a moco partido". Una palabra, un regalo inapropiado, cualquier "pequeñez" le cambia el tono emotivo del día. Es muy severa consigo misma. El hermano ha triunfado pues al fin lo admitieron en la escuela de medicina, "pero yo soy un fracaso". Necesita encontrar situaciones que la atormenten; de ahí que se tire del pelo, de las cejas y pestañas, siente "compulsión" de pellizcarse, y se siente "la martir" del día. Sabe que es difícil encontrar a alguien con quien ella se lleve bien. Cuando estaba en la Universidad les pidió a los padres que le dejaran analizarse pero se lo impidieron: siempre supo que "estaba enferma".

El período negativista y "criticón" cesó al mismo tiempo que el vestuario, todo fué el resultado de una escenificación. En el couch mantenía una posición determinada para poderme ver, se quitaba los zapatos para no ensuciar el sofá; los pies recogidos y colgando fuera del sofá; se rasca las piernas amenudo; pone las manos sobre el área púbica manteniendo el índice erecto; se tira del pelo automáticamente, a veces hace un "manojito"; se tira de la camisa y habla con voz muy bajita. Es una de las sesiones se comporta como hasta este momento; solo que traía unos pantalones que se abrochaban con un gran número de botones. Los desabrochó porque se sentía "hinchada". Se pasó la mano constantemente por el abdomen y los muslos tirándose de los pantalones. Había visto un accidente antes de llegar al despacho. Un muchacho muerto y otro herido (10) que gritaba mucho. Recuerda la muerte de la tía "una loca" que era hermana de mi padre". Había sido divorciada dos veces, trabajaba en un circo, tomaba mucho, hacía citas y dejaba a los hombres plantados y cuando el velorio llegó la policía a investigar. "Ella había dejado una nota diciendo: he tenido una cita con fulano pero aunque se oponga me casaré con otro"; y que dejaba varias cosas enterradas debajo de un árbol. Pero "loca y todo los hombres la buscaban y querían casarse con ella". Después dice: "ojalá me pudiera casar y quitarme todas las responsabilidades". Al levantarse de esta sesión le da un puntapiés a los zapatos, trata de inclinarse para recogerlo; y al hacer este movimiento se le caen los pantalones. Queda "a cuatros" (rodillas y codos) en el suelo "con el fondillo" hacia mi; expele gases, al fin logra agarrar los zapatos, se sube los pantalones y con la cara roja de rabia me insulta. "Ud. es un animal, no es ni siquiera un caballero, me ve los trabajos que estoy pasando y no me ayuda" y en esa vena sigue una tirada en contra de los hombres en general que no me queda más remedio que interrumpir pues el otro enfermo llevaba esperando 15 minutos. Miriam salió "disparada del despacho".

Después de esta sesión "perturbadora" como le llama ella, ha cambiado su vestir, es decir, viene con vestidos, y empezó a tener "dates" (citas) con muchachos. En una presentación más formalista y didáctica este primer período del tratamiento lo llamaríamos de dominio superyoico. Nos enseña a un yo masoquitsa sometido a la tiranía de un superyo sadista. Este segundo estado lo podríamos llamar de liberación y subsecuente manía. Pero no hay que olvidar que estas divisiones son realmente superficiales porque no son demarcaciones fijas y el material muestra una mezcla de todos los elementos. Pues bien, cuando empezó a salir con muchachos el hermano se burla de ella. Le dice que tiene "picazón" y que necesita salir todas las noches. Se convierte otra vez en el "terror" de la casa, rompiendo vajilla y loza al menor contratiempo. A veces se levanta en la noche gritando desenfrenadamente "me vuelvo loca". El hermano no sabe que ella se está analizando pero tuvieron que decírselo pues los sustos que pasó con ella obligaron a la familia a hacérselo saber. Trajo un sueño en donde había ido a una fiesta donde no conocía a nadie; se sentía muy sola, al fin regresa a la casa. La sigue uno de los muchachos que estuvo en la fiesta, le habla, ella no siente agrado y contesta "con susurros"; después el muchacho le gustó un poco

y al fin salieron juntos a tomar el tren. Entonces "se nos pega una muchacha" y yo "tengo que regresar súbitamente porque me acuerdo que dejé el vestido allá". El vestido se lo puso otra muchacha y "no tengo medio de comunicarme con ella". Al fin recobra el vestido y se despierta. Esa mañana tuvo uno de sus "arrebatos" (temper trantrums). Recuerda súbitamente que en el sueño hubo "un cambio repentino", es decir, vió al hermano desnudo y caminando por las calles "quizás tenía una camisa de dormir" (de "esas cortas de hospitales"). El padre es un inconstante pues dice "el Destino, pero después habla de tener cuidado cuando uno está en la calle". La familia es "flemática", por ejemplo: cuando murió la "tía loca" nadie lloró; sólo dijeron "ni aun después de muerta encuentra paz". Le interpreté el sueño como el verse a solas "con un médico a medias" (sabía que era un caso de control en mi entrenamiento psicoanalítico) quien está desnudo y siente temor de un ataque sexual mío. Se ríe y dice "muy interesante y para esas porquerías tiene que pasarse tantos años estudiando?" Después de esta sesión hubo varias cancelaciones.

Cuando vuelve me informa que estuvo en la casa toda la noche del miércoles "y mi hermano no me vió porque había salido", es decir, seguirá ridiculizándola por salir todas las noches. Le dice que ella "tiene locura del pantalón: o lo usa o lo busca por todas partes ("pants crazy: wear it or get it anyhow"). Pero en su última salida al besuqueo y manoseo sigue un fuerte ataque de vómitos y diarreas "pero es que estuvo a punto de perder la virginidad". Notó también que se la estaba cayendo el pelo una vaz más, tal como pasó las dos veces antes de tener la colitis.

Descubrió un nuevo método de "truquearse" un vestido. Va a las tiendas, escoge un vestido de "noche" escotado, largo, etc.; lo pone en la cuenta de los padres, lo usa durante el fin de semana y después lo devuelve el lunes diciendo que no le gusta. Las amigas dicen que ella debe tener dinero no "repite los vestidos"; ella contesta "crípticamente que no es sólo dinero lo que cuenta para obtener un vestido". Sabe que las amigas pensarán que ella se acuesta con los hombres y lo "menos que pensarán" es que "soy una ladrona refinada". También "descubrió" que tiene una cara "sufrida y honrada", es decir, cuando va de tiendas se roba todo lo que le gusta y nadie se fija en ella. Al salir con un muchacho, cuando éste fué al baño y dejó el saco sobre la silla del restaurant, ella sacó la cartera del bolsillo, se cogió dos billetes ("no de los grandes sino de los de cinco pesos") y siguió "tan fresca como si nada hubiese pasado". Le estudió la cara cuando pagó pero parece que no lo notó "y es que me puse a distraerlo haciéndole caricias con mis manos". "Los hombres son todos unos idiotas, son como niños de pecho para cualquier mujer despierta; tal vez por eso las mujeres son las que tienen hijos".

Si uno pudiese vivir una vida "doble" no sería un problema la vida. "En uno de los dobles podría uno ser pasional, impulsivo, sin practicalidad alguna y lanzarse a satisfacer deseos y gustos y con el otro doble sería tan sólo razonamiento frío, calculador y práctico". Es dificilísimo encontrar la propia línea de conducta e incluso encontrar aquella conducta que más satisfecho lo haga a uno

cuando "solamente se tiene una vida". Se siente temblar hablando de estas cosas. Tiembla de rabia. Una de las compañeras de trabajo temblaba en una de las fiestas de penosa que es. A lo mejor también se tiembla de miedo "de un miedo que no conozco".

"La colitis es la enfermedad del futuro" porque la mayoría de los humanos se pasan el día en trabajos mentales y sin oportunidad de explayarse cuando se incomodan. "Si tuviesen fortitud intestinal ("guts") se cagaban en el mundo". Más y más de las amigas sufren de colitis. Me referirá dos amigas para ver si las puedo tratar: "y el consultorio se le convertirá en un tremendo salón de baño". Al comienzo sentía miedo por el cuartito chiquito de la clínica y ahora en mi despacho siente miedo porque el cuarto es "muy grande y me pierdo en el mismo. Todo a su alrededor "mientras estoy en el gabinete me atemoriza incluso la estatua chiquita que tiene allí. Se parece a Ud. esa estatua chiquita y con lentes". Después de una pausa me pregunta por qué "no estudié para payaso". Cuando no comento nada en las sesiones pierde el deseo de hablar "es un gasto de palabras inútiles". Después de un silencio prolongado (durante el cual me pierdo en mis propias fantasías hasta que analicé el contenido de mis ideas y precisé que el temor que expresaba tenía que ser con sus idéas de vacío genital y temor de que no me produjese satisfacción a mí) y ya sabiendo a qué atenerme le pregunto que "qué piensa".

Tuvo un sueño que no puede recordar; solo vagamente cree que estaba en un elevador, "no en un aeroplano, es decir había aviones grandes y pequeños, bajaban en tirada pero no en aeropuerto sino en el puente". Los aviones corrían paralelos a los carros y ella sentía un terror inmenso de que chocaran delante de sus ojos. Le intepreté las fantasías inconscientes respecto a sus deseos genitales y anales relacionados hacia mi. No contesta nada por varios minutos pero expulsa vientos y después eructa. Después me notifica que no se siente consciente de su enfermedad. Se vira en el sofá y tocándose las nalgas dice "incluso la herida que tengo aquí" ya no la molesta. No vive con tanto odio contra el mundo. Quizás sea capaz de curarla.

El segundo ataque de colitis fué precedido porque caminaba hasta el baño constantemente porque tenía que pasar por la enfermería. Tenía en aquellos días "un enamoramiento terrible con la enfermera". Esta al fin le dijo medio "en risa" que se cuidara porque sino tendría siempre "los pantaloncitos mojados", con tanta orinadera. "Pero ella no sabía y yo no me atrevía a proponerle nada". Al fin un día cuando "estaba en el inodoro, se abrió la puerta y entró la enfermera preguntándome si me pasaba algo". Miriam le dijo que tenía algo raro en el ano "pero era que quería que ella me lo tocara" y efectivamente la enfermera la "puso en posición propia, se me enfrentó y medio en risa me dijo, si tu querías eso no tenías que simular conmigo". Supo "lo que yo me traía porque observó que me mojaba" (wet) pero "nunca más se prestó para nada exigiéndome que le dijese qué era lo que quería y a mí nunca me gusta hablar de estas cosas: deben pasar como por magia sin pedírselo a nadie".

Entramos ahora en un tercer período que podríamos titular de libertad para fantasear. La enferma ya no teme tanto a sus ideas y deseos inconscientes. La mayoría de los impulsos son ahora pre-conscientes y llegan a convertirse en conscientes con mucha facilidad. Ha empezado a escribir cuentos infantiles "de tonos morales" es decir, "doy cátedra, doy lecciones a los niños". Le han publicado dos de sus libros y piensa hacer "la carrera de cuentista". Tiene una vida mucho más libre desde el punto de vista de la imaginación. Además se "le despertaron ambiciones". Ya no quiere ser sólo una empleadita. Aspira a convertirse en escritora. Y como siempre tiene "enamoramientos" ("crutches") con mujeres. Una escritora famosa visitó la editora donde trabaja, "y me produjo delirio el hablar con ella en persona". También tiene "delirio con George Sand". La madre se mostró muy orgullosa que le publicaron los libros "y se los enseña a todo el mundo".

Los aspectos transferenciales de escenificación han cambiado. Al comienzo venía en silla de ruedas, después la traían en el automóvil y al fin viene ella sóla manejando. Cuando llegamos al tercer período venía en bicicleta y se incomodaba todos los días con mi portero porque no se quería hacer responsable de cuidar la bicicleta. También en este tercer período comienza a tomarse vacaciones de tres o cuatro días, y a veces de toda una semana. Al fin le tengo que decir que un análisis así de festinado no podrá producirle el resultado que desea. Me confiesa que me "quería tantear y probar a ver si es verdad que Ud. tenía interés en mi caso". Me llegó a contar chistes (tentativas de seducción) casi todos relacionados con situaciones analíticas. Por ejemplo, una enferma "muy buena moza y linda" le pide acostada en el diván al analista a que la bese. Este se niega, lo que se repite "ella le pide el beso y él le rehusa". Al fin el analista contesta ya "mire cállese que Ud. sabe, tan bien como yo, que tampoco debería estar encima de Ud. mientras esté en el diván". El contenido francamente erótico y de seducción de este cuento no hay que subrayarlo.

Durante esta fase del tratamiento llegó a conocer a un muchacho, Maurice, quien al fin logra "hacerme perder la virginidad". La realidad era que ella sabía que Maurice es el hijo de un editor poderoso. Le hace saber que es virgen. "No me lo cree porque dice que a mi edad no existen vírgenes y si las hubiéra al pasar delante de la estatua de la Libertad, a la estatua se le caería el brazo". Pero esta vez ella logra producir "un susto" en el hombre desde el punto de vista sexual. Es precisamente la reacción de Maurice cuando descubre que era virgen. Entonces se siente culpable "y me consigue que se me publiquen libros; uno al mes" con diversos editoriales y "me imprimen", incluso los de más alta reputación. Después de estos libros, conseguido lo que "me proponía" lo trata malamente "y una vez más le hago creer que es un bruto y cruel" pero lo obliga a romper con ella. Ya estaba establecida como escritora profesional perteneciendo al "Guild" de escritores.

También ocurrieron dos hechos importantes: uno, la publicidad enorme que recibió un "hombre" que se fué a Dinamarca y "regresó mujer". Este caso le intrigó por mucho tiempo. A estas fantasías y "curiosidades" siguió el hecho de

una prostatectomía practicada en el padre. Con la intensificación de los deseos inconscientes de castración produjo un sueño: que se sometía a una operación y el médico descubre un nuevo método por el cual ella adquiere un genital de hombre en el área púbica. Las asociaciones del mismo nos llevaron a entender el sueño no sólo como deseos de castración y de muerte contra el padre y los hombres en general, sino también una gran envidia del pene. Hubo confirmaciones sobre la persistencia en el inconsciente de la negación de los genitales es decir, tenía en su mente un genital masculino. Además logramos llegar a sus quejas en contra de la madre como realmente perteneciendo el hecho de que "no me había hecho un hombre". Las injusticias que "recibía" socialmente y en el seno familiar eran sólo una derivación del reproche básico desesperante de haber nacido como mujer.

La actividad colónica de la enferma se relacionaba con fantasías orales de preñez. El mover el vientre tenía una significación de "dar a luz" comparando "los dolores de vientre con los dolores de parto", (3) todo esto no se involucraba con la percepción del tiempo. El tiempo adquiría un cariz sexual al relacionarlo sistemáticamente con las "reglas pendientes". De lo que resultaba que hasta el pensar mismo se había sexualizado. A su vez las diarreas se relacionaban con el sentimiento de culpabilidad y sus fantasías de destrucción del padre. El conflicto se centralizó en el castigo al padre (10) o la necesidda de ver "a los varones castigados". A veces llegaba a fantasías francamente vengativas con carácter de "sentencia imperativa contra el hombre que me desea". Este "debía pagar por esos deseos pecaminosos"; el abuelo la toca como pieza anatómica y muere sin que le vuelva a ver o visitar la casa de la playa.

No debemos olvidar como dice Lampl de Groot (15) que en la mujer existe un doble aspecto al desarrollo del superyo. Es decir, el superyo tiene un carácter doble, de ahí que sea un superyo menos enérgico y menos unificado e insistente que el superyo masculino. De lo contrario "¿Cómo nos explicaríamos el hecho de que un individuo pueda reparar el narcisismo dañado produciendo una hostilidad ahora dirigida hacia sí mismo?" La envidia del pene y la imposibilidad de reparar el daño narcisista le llega a producir en el curso de su desarrollo un superyo menos firme y de ahí que "se satisfaga con contribuciones menos significativas desde el punto de vista social y cultural que el hombre" y de lo contrario entra en período francamente de competencia aguda y lucha "a brazo partido contra lo que considera el mundo hombre".

Estudiando estos aspectos del carácter, tales como la flatulencia en relación al carácter, llega B. Merrill (17) a demostrar cómo una oralidad dañada "en el hombre produce manifestaciones del carácter" es decir, "se convierten en un impulso y obtienen un superyo inadecuado en su desarrollo". Este daño oral en una niña (que tiene de por sí un superyo deficiente) tiene que repercutir mucho más claramente en un trastorno del carácter y de la personalidad total. En ella no sólo notamos los defectos manifiestos, sino que nos encontramos con cargas emotivas y su transformación orgánica. Tal vez podríamos especular, si

hubiese nacido hombre, y recibido los traumas que ella sufrió; en vez de una colitis ulcerosa hubiese terminado en psicópata.

No quiero terminar sin hacer mención de la contribución tan importante al problema de la colitis como la de M. Sperling (19a). En la enferma por ella estudiada había también fobias. La fobia era, como en mi enferma, una manifestación de temor a la separación materna. Con las diarreas eliminaba a la madre porque inconscientemente las heces significaban la madre. La enferma en forma análoga a la que describo produce las diarreas por varios motivos: para obtener una regresión de lo genital hacia lo anal y sadista incapaz de tolerar las pulsiones libidinosas. Lo anal adquiere así un valor substitutorio de masturbación. La regresión sadomasoquista anal le permite expresar en una forma más completa los instintos sadistas parciales que no ha podido integrar a la personalidad. De ahí que obtenga gratificación de los impulsos sadistas y no adquiera reacciones de formación de intensidad alguna "pues vive en una mierda". El objeto amoroso (libidinoso), es decir, la madre aparece pues devaluada y ello le permite obtener un control sadista sobre la misma con la diarrea.

También como un aspecto de la ganancia secundaria en la enfermedad es que logra romper la unión "padre-madre" y los separa mentalmente negando toda sexualidad o amor entre ellos. Los deseos sadistas de verlos como antagónicos y que se peleen a presencia de la enferma aparecen claramente. A la vez sufriendo de una enfermedad tan severa y dolorosa consigue castigar, en un "doble juego", al yo que se permite al mismo tiempo la gratificación sadista. Los impulsos destructivos que logra gratificar son los responsables de que ella a su vez necesite de castigo. Lo mismo le ocurre con su producción mental, es decir, la sexualización de los pensamientos le obliga a castigar el órgano de ahí que fuese un fracaso en la escuela y no pudiese usar la inteligencia. Lo mismo que hacía con su "producción" anal; gratifica la hostilidad, reprime lo libidinoso, y sufre el castigo merecido por la descarga sadista.

## BIBLIOGRAFIA

1.— Alexander, F. Psychosomatic Medicine New York W. W. Norton & Co. 1950.

2.— Barret, William G. "Penis Envy and Urinary Control; Pregnancy Fantasies and Constipation; Episodes in the Life of a Little Girl" Psychoanalytic Quarterly Vol. VIII, 1939, p. 211-218.

3.— Bergler, Edmund and Boheim Geza "Psychology of Time Perception" Psychoanalytic Quarterly Vol. XV. 1946, p. 1920-206.

4.— Bertlinger, K. W. and Greenhill M. H. Psychosomatic Medicine 16, 156, 1954.

5.— Blanton, Smiley "Phallic Woman" Psychoanalytic Quarterly Vol. XVL, 1947, p. 214-222.

6.— Bychowki, Gustav "The Structure of Homosexual Acting-Out" Psychoanalytic Quarterly Vol. XXIII, 1954, p. 48-61.

7.— Devereux, George "Mohave Orality" Psychoanalytic Quarterly, Vol. XVI, 1947, p 519-546.

8.— Eissler, Kurt "On Certain Problms of Female Sexual Development" Psychanalytic Quarterly, Vol. VIII, 1939, p. 191-210.

9.— Engel, G. L. Psychosomatic Medicine 16, 369, 1954.
9a.— Engel, G. L. Idem 16, 496, 1954.
9b.— Engel, C. L. American Journal Medicine 16, 416, 1954.
9c.— Engel, G. L. Idem 19, 231, 1955.
9d.— Engel, G. L. Psychosomatic Medicine 18, 334, 1956.
10.— Factor, Morris "A Woman's Psychological Reaction to Attempted Rape" Psychoanalytic Quarterly Vol. XXIII, 1954, p. 243-244.
11.— Freud, S. (1905) "Una teoría Sexual" Obras Completas p. 779-833 Ed. Biblioteca Nueva - Madrid, 1948. Traducción de Luis López Ballesteros y de Torres. Todos los artículos de Freud que siguen son tomados de la misma ie. Obras Completas.
11a.— Freud, S. (1913) "Animismo, Magia y Omnipotencia de las Ideas" idem. p. 459-473.
11b.— Freud, S. (1920) "Sobre la Psicogenia de un Caso de Homosexualidad Femenina" Idem. p. 1016-1030.
11c.— Freud, S. (1924) "El Final del Complejo de Edipo" Idem p. 409-412.
11d.— Freud, S. (1925) "Inhibición, Síntomas y Angustia" Idem p. 1235-1276.
11e.— Freud, S. (1932) "La Femenidad" Idem p. 839-851.
12.— Grace, W. J., Wof. S. and Wolff H. G. The Human Colon New York: Paul B. Hoeber, Inc., 1951.
13.— Karush H., Hiatt R. B. and Daniels G. E. Psychosomatic Medicine 17, 36, 1955.
14.— Keiser, Sylvan "On the Psychopathology of Orgasm" Psychoanalytic Quarterly Vol. XVL, 1947, p. 378-390.
15.— Lampl de Groot Jeanne "Problems of Feminity" Psychoanalytic Quarterly Vol. Vol. LL. 1933, p. 489-495.
16.— Lewin, Bertran D. "The Nature of Reality. The Meaning of Nothing. With an Addendum on Concentration" Psychoanalytic Quarterly Vol. XVLL, 1948, p. 524-526.
17.— Merrill, Bruce R. "Childhood Attitude Toward Flatulence and Their Possible Relation to Adult Character" Psychoanalytic Quarterly Vol. XX. 1951, p. 530-564.
18.— Mushatt, C. Recent Development in Psychosomatic Medicine Philadelphia J. B. Lippincott Co, 1953.
19.— Sperling, Melitta "Psychoanalytic Study of Ulcerative Colitis in Children" Psychoanalytic Quarterly Vol. XV, 1946, p. 302-329.
19a.— Sperling, Melitta "Mucous Colitis Associated with Phobias". Psychoanalytic Quarterly Vol. XIX, 1950, p. 318-326.
20.— Spitz, Rene A. "Authority and Masturbation" Psychoanalytic Quarterly Vol. XXI, 1952, p. 490-527.
21.— Turrell, Eugene S. "Neurology and Psychiatry" Psychophysiological Factors in Disorders of the Colon — American Journal of the Medical Science Vol. 236, Nº 1, 1958, p. 101-107.

# COMENTARIO DE LIBROS

**LA PSICOTERAPIA Y EL PSICOANALISIS**, por **Frieda Fromm Reichmann**, un volumen encuadernado en rústica, en medio octavo (14 x 20 cms.), 238 páginas, ediciones Hormé (Paidos), Buenos Aires, 1961.

Poco tiempo después de publicarse en Chicago el libro "Psychoanalysis and Psychotherapy" se edita la presente edición en español, traducida con mucha propiedad por Daniel Ricardo Wagner. Este volumen reune trece trabajos publicados entre 1946 y 1955, en diversas revistas psiquiátricas y psicoanalíticas norteamericanas, con excepción del último, borrador que la autora no pudo concluir por haberse interpuesto la muerte en forma brusca, ,el 28 de abril de 1957.

Frieda Fromm Reichmann nació en Koegnisberg, Prusia Oriental, de una familia culta y acomodada. Octuvo el título de Doctor en Medicina en 1914 y durante la primera guerra mundial trabajó al lado de Kurt Goldstein, atendiendo enfermos con heridas cerebrales. En la segunda década del siglo actual se interesó por la psiquiatría y la psicoterapia. Trabajó primero con I. H. Schultz en Weisser Hirsch, cerca de Dresde, y después en la clínica psiquiátrica de Kraepelin, en Munich. Posteriormente se interesó por los trabajos psicoanalíticos, y después de completar su propio adiestramiento, estableció en Heidelberg un sanatorio psicoanalítico privado. En el mismo lugar fundó el Instituto de Adiestramiento Psicoanalítico de Alemania Sud-Occidental, junto con Erich Fromm. Durante el régimen nazi tuvo que abandonar su patria, estableciéndose finalmente en Chestnut Logde, Rockville, en el sanatorio de Dexter Bullard. Allí trabajó durante muchos años, logrando sorprendentes resultados en el tratamiento psicológico de las psicosis funcionales. En Maryland trabó amistad con Harry Stack Sullivan, aprendiendo a su lado muchos aspectos del pensamiento esquizofrénico. Paulatinamente desarrolló un método de tratamiento para los esquizofrénicos que llamó "psicoterapia orientada psicoanalíticamente". Ella sabía que existían diferencias cuantitativas y cualitativas entre la dinámica de los pacientes psicóticos y la de los neuróticos. Dichas diferencias imponían modificaciones en el análisis clásico. Sus trabajos sobre psicoterapia en psicóticos pronto le valieron renombre universal, pero no perdió la sencillez, la valentía y la inmaculada honestidad científica que caracterizó su vida. No pudo presidir la sesión correspondiente del II Congreso Internacional de Psiquiatría (Zurich) y su artículo "Problemas básicos de la psicoterapia de la esquizofrenia" fue leído despues de su muerte.

En el libro publicado por Hormé se agrupan varias clases de trabajos, unos eminentemente clínicos, y de profunda penetración analítica e integral, tales como "El conocimiento de los mecanismos psicóticos y la psicoterapia de emergencia", "Concepciones psicoanalíticas y dinámicas generales de la teoría y la terapéutica: diferencias y semejanzas", "Observaciones psicoanalíticas sobre la importancia clínica de la hostilidad", "Contribución sobre la psicogénesis de la hemicránea" y "Aspectos psiquiátricos de la ansiedad". Estos son los artículos más importantes para el psiquiatra, aún cuando algunos otros, especialmente los relacionados con la personalidad del psicoterapeuta, son asimismo de gran valor. El volumen queda completo con algunos trabajos de revisión de bibliografía analítica y el enigmático, fragmentario y bello capítulo final "Sobre la soledad". Precisamente en ese tiempo Frieda se iba quedando cada vez más sola. Un defecto auditivo hereditario obstaculizó grandemente, en sus últimos años, el trabajo terapéutico individual. Quedó sin familiares, unos estaban en México, otros en Palestina. Nunca pudo lograr el más caro de sus deseos: tener un hijo, y las enfermedades virales y vasculares comenzaron a minar esa fructífera existencia. No es pues de admirar que este último artículo incompleto y repetido en partes, tenga una luminosidad tan grande y tan conmovedora.

**Raúl Jerí**

**ESTUDIOS SOBRE PSICOANALISIS Y PSIQUIATRIA**, por Karl Abraham, un volumen en octavo (16 x 23cms.), encuadernado en rústica, pp. 315, con ilustraciones en blanco y negro, editado por Paidós (Hormé), Buenos Aires 1961.

Este es el segundo tomo de trabajos de Abraham, impreso primariamente en Londres, bajo el título "Clinical Papers and Essays of Psychoanalysis". Según el patronizador de la publicación, Abraham fué el más original y maduro de los primeros discípulos de Freud. Su rica experiencia clínica, tanto en psicopatología como en psiquiatría clínica, combinada con sus insólitas dotes de observación y juicio hipocrático sereno y lógico, otorgan a sus trabajos un mérito especialísimo. Aparte de que sus artículos tienen gran interés para la historia del psicoanálisis, poseen además valor científico permanente, por la claridad y precisión de las observaciones clínicas y la extraordinaria profundidad de sus comentarios analíticos.

Este trabajo es una traducción enteramente nueva de las primeras publicaciones en alemán y en ella se ha intentado conservar el sabor de la obra original. Con este fin, y también debido a su interés histórico, se ha mantenido el uso de términos psiquiátricos y psicoanalíticos cuyo empleo era corriente en la época en que fue escrito el trabajo inicial, pero que han caído en desuso desde entonces.

La edición castellana ha sido traducida, de la versión inglesa, por Daniel Ricardo Wagner. El libro consta de tres partes: en la primera se incluyen los trabajos clínicos, en la segunda agrúpanse tres artículos de revisión de libros psicoanalíticos. y la tercera consta de ensayos sobre temas míticos e históricos. Esas tres secciones están ordenadas cronológicamente y así la parte primera comienza con el artículo "Sobre la significación de los traumas sexuales infantiles en la sintomatología de la demencia precoz (1907)" y termina con "Fantasías concurrentes en madre e hijo (1925)". La extensión de los trabajos es variable, pero la mayor parte son breves, algunos sólo ocupan dos páginas. Los temas varían desde la demencia precoz hasta lsa relaciones afectivas entre padres e hijos, y todos ellos tienen gran interés clínico e histórico. En la segunda parte se ocupa con el análisis de la teoría psicoanalítica de Jung, haciendo una crítica serena y profunda, luego trata de la significación cultural del psicoanálisis —comentando las obras de Freud— y finalmente termina la sección con algunas obesrvaciones sobre Problemas de la Psicología de la Religión de Reik. En la tercera sección del libro figura el famoso ensayo "Sueños y Mitos", base de tantos otros trabajos analíticos posteriores, y además "Giovanni Segantini: un estudio psicoanalítico", certero estudio del famoso pintor italiano. Completan esta parte el estudio "Amenhotep IV: una contribución psicoanalítica para la comprensión de su personalidad y del culto monoteísta de Aton", base del libro posterior de Freud "Moisés y el Monoteísmo". Termina la obra con el trabajo "Notas psicoanalíticas acerca del sistema del auto-dominio de Coué", método que ha gozado de tanto prestigio, aún entre nosotros, y hasta hace pocos años.

Es indudable que la editorial Paidós ha hecho un gran servicio a los profesionales latinoamericanos y españoles, al editar este trabajo en castellano. Para los psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos y estudiantes de esas disciplinas es una obra de lectura imprescindible. Como dice Ernest Jones. "Este tomo pertenecerá al pequeño grupo de clásicos psicoanalíticos indispensables".

**Raúl Jerí**

**CLINICAL CHILD PSYCHIATRY**, por **Kenneth Soddy**, un volumen en octavo (15 x 23 cms.), encuadernado en tela, pp. 470 + X, editado por Baillière, Tindall and Cox, London, 1960.

Segun el autor ahora que una nueva generación de psiquiatras de niños ha comenzado a influir sobre la especialidad, aparecen signos de pensamiento propio. Los precursores partían de la experiencia adquirida en las escuelas psicobiológicas y psicoanalíticas de la psiquiatría del adulto. La generación actual, adiestrada en una atmósfera interdisciplinaria, está en mejor posición que la anterior para comparar sus observaciones clínicas con los hallazgos de la psicología experimental, por una parte, y los avances de la sociología, por otra. Pero como la literatura médica corriente siempre ha estado retrasada con respecto a las revistas, los libros sobre psiquiatría infantil todavía no reflejan las nuevas actitudes clínicas. Soddy cree entonces que es necesario presentar discripciones minuciosas, precisas y detalladas de los fenómenos morbosos y, con esta idea en mente, ha basado su libro en el estudio de cien niños y sus familias, que se presentaron en la Clínica de Dirección Infantil de Londres o al Centro de Adiestramiento en Guía de Niños, lugares donde trabajó por muchos años.

La preocupación clásica del clínico para organizar los hallazgos de la enfermedad — los síntomas y signos— en la búsqueda de una sola etiología y una patología única, cuando se aplica a los niños tiene la gran desventaja de subvalorar los factores de tiempo y secuencia de desarrollo. El escritor de este libro ha adoptado por eso un afronte distinto, considerando al tiempo como el factor básico de la clasificación. Ha tratado, pues, de agrupar cronológicamente los varios factores etiológicos, de acuerdo con los períodos de la vida del niño, en las cuales dichos factores parecía que actuaban más significativamente. Luego relataba lo visualizado en cada grupo de casos. Por tanto, la búsqueda de un sistema de etiología se ha conducido principalmente en la dimensión del tiempo, es decir en el campo del desarrollo. Al fin de cada caso figura un comentario, principalmente con el objeto de relacionarlo con el esquema nosológico. La meta fundamental ha sido descubrir los fenómenos, y cuando era posible, extraer factores que puedan servir para mejorar la organización de los conocimientos. No ha invocado ninguna escuela particular de psicología o psicopatología, pero usó un procedimiento psicodinámico en la interpretación de los fenómenos de la evolución infantil. El resultado de este método de presentación es un libro extraordinario y atractivo. El estilo es bello, suscinto, lúcido y preciso. En cada etapa de la vida infantil, presenta algunas magistrales descripciones, después de una sección inicial llena de sabiduría y experiencia. Los títulos de las historias no guardan relación con la clasificación nosográfica, pero tienen una riqueza expresiva notable. El resumen de la historia y del examen abundante en datos, el comentario se basa exclusivamente en los determinantes clínicos y familiares, y ofrece interpretaciones psicodinámicas coherentes y precisas. Se nota la intervención constante e integrada del clínico, psicólogo y sociólogo, en cada una de las observaciones.

El libro termina con tres capítulos sobre examen, diagnóstico, disposición, tratamiento e higiene mental preventiva. El más interesante, y completo, se refiere a los procedimientos curativos. El objetivo de la psicoterapia en la Clínicas de Guía Infantil es limitado a una sesión por semana y no es posible intentar el análisis del paciente. A pesar de estas restricciones, son notables los resultados logrados con pacientes bien seleccionados por terapeutas, médicos y no-médicos, de experiencia.

El trabajo de Soddy constituye uno de los libros más completos y originales publicados sobre psiquiatría infantil. Si bien es verdad que la lectura de tantas historias es empresa algo tediosa, y los pacientes pertenecen a un sector cultural muy definido, extraído de clínicas de guía infantil, limitando en consecuencia el material clínico asequible; el modo de abordar el problema es original y promisorio para futu-

ras investigaciones. Por otra parte, el libro puede ser leído con provecho por médicos, psicólogos, asistentas sociales, enfermeras, maestros y otros profesionales abocados al manejo de niños sanos o enfermos.

**Raúl Jerí**

**MENTAL ILLNESS IN LONDON** por **Vera Norris, Maudsley Monograph** Nº 6, un volumen en octavo (23.5 x 15.5 cms.), encuadernado en tela, pp. 317, ed. Chapman & Hall, Londres, 1959.

Vera Norris, Profesora de Estadística Médica del Instituto de Psiquiatría de Londres, murió dos años antes de que se publicara este libro. Ella había laborado incesantemente en la investigación que se presenta en el volumen y completó el trabajo poco antes de fallecer. A decir de G. W. Harris y Aubrey Lewis, el volumen constituye digno monumento conmemorativo a sus extrordinarias cualidades en este campo de investigación científica.

El problema de las enfermedades mentales es de considerable magnitud en la mayor parte de las naciones del mundo. Así por ejemplo, a comienzos de 1955 existían 150.000 enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos de Inglaterra y Gales. Durante ese mismo año 72.000 pacientes ingresaron por primera vez, es decir que había más de 220.000 personas internadas de los nosocomios psiquiátricos, o sea 1 de cada 200 habitantes pasó por un hospital mental en 1953. La mayoría de hospitales psiquiátricos fueron construídos antes de 1914 y sólo después de la II Guerra Mundial se incrementó gradualmente la capacidad de camas para esta clase de enfermos. Sin embargo, el número de personas admitidas aumentó fuera de toda proporción con la cabida real de los hospitales, ocasionando considerable repleción. A pesar de existir estudios anteriores, no se habían realizado investigaciones describiendo, detallamente, las características y evolución de la población de pacientes en los hospitales mentales, ni tampoco habíase analizado el trabajo de las unidades de observación. Parecía por tanto útil hacer un examen de las admisiones en varias unidades de observación y hospitales mentales del Condado de Londres, con el fin de suministrar una muestra suficientemente grande como para garantizar un análisis detallado pero que, al mismo tiempo, fuera adecuadamente pequeña como para permitir un estudio práctico de la evolución. La autora usó la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (1948), comprendiendo las siguientes entidades nosológicas en la investigación: esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva, psicosis involutiva, psicosis senil, psicosis cerebro-vascular, otras psicosis de origen orgánico, psiconeurosis, desórdenes del comportamiento y de la personalidad y desórdenes intelectuales. Se estudiaron las admisiones a dos unidades de observación que incluían 2804 hombres y 3459 mujeres (Capítulo II). Luego procedió a comparar la características de los diagnósticos hechos en las unidades de observación y en los hospitales mentales (Capítulo III). Describió entonces el trabajo de los pabellones de observación de dos de los hospitales mentales de Londres (Capítulo IV) y aspectos estadísticos del trabajo realizado por tres grandes hospitales psiquiátricos (Capítulo V), estimando las cifras de primeras admisiones para varios desórdenes psiquiátricos. También examinó las características de grupos de pacientes que sufrían diversas psicosis (Capítulo VI-VII-y VIII), determinando incidencia y pronósticos a base de los datos accesibles. En los capítulos; IX, X y XI estableció los rasgos de grupos de personas con otros diagnósticos, la mortalidad en las unidades de observación y en los hospitales mentales, y la capacidad corriente de los nosocomios psiquiátricos. El último capítulo resume las observaciones y presenta las conclusiones.

Las cifras de enfermos mentales residentes en 1949 resultaron 300 por 100.000 hombres, 355 por 100,000 mujeres y 328 por 100.000 personas, en todos los grupos de

edades. Las cifras de admisión, para todas las categorías de enfermedades mentales eran menores para los hombres que para las mujeres, y la edad del primer ingreso, para los hombres, era menor. Las expectativas de enfermar de esquizofrenia, psicosis maniaco depresiva y psicosis seniles eran mayores en las mujeres que en los hombres. Las cifras eran sustancialmente mayores para los varones en las psiconeurosis y los demás diagnósticos (desórdenes del comportamiento y del carácter o personalidad psicopática). Las cifras de ingresos eran también mayores para las personas solas (solteras, viudas, divorciadas) que para las que estaban casadas. Con respecto a pronóstico de seis grupos de psicosis, estudiado analizando los porcentajes de altas en intervalos de tiempo determinados, se estableció que la mejor evolución la mostraban las psicosis maniaco-depresivas. Al fin de seis meses las 2/3 partes de los pacientes hospitalizados habían sido dados de alta, es decir que el tratamiento nosocomial había dado resultados favorables, sólo una 1/3 parte permanecieron en el hospital o murieron. A la terminación de dos años la proporción con curso favorable había aumentado a algo mas del 80%. Esto significa que aún en el grupo de psicóticos de pronóstico más favorable, un quinto de los enfermos habían muerto o seguían en el hospital dos años después. El peor pronóstico lo presentaron las psicosis de la senilidad, sólo un cuarto o un quinto de los pacientes con ese diagnóstico habían sido dados de alta al fin del segundo año, es decir que seguían en el hospital cuando menos las tres cuartas partes de los que ingresaron con esa forma de psicosis.

La evolución de las psiconeurosis fue notablemente mejor que la de las psicosis. Cuatro quintas partes de los enfermos fueron dados de alta al terminar los seis meses, pero aún en este grupo, entre 5 y 8 por ciento seguían en el hospital a la conclusión de dos años. El progreso de los hombres con desórdenes del carácter era similar al de varones con psiconeurosis. Para un pequeño número de mujeres esos desórdenes eran más graves, sólo las dos terceras partes habían salido de alta a la terminación de los 24 meses. Es posible que algunas de estas últimas desarrollaron psicosis, después de ingresar, o fueron diagnosticadas erroneamente en la admisión.

Las dificultades de los pacientes psiquiátricos no siempre terminaron con el alta. El número de reingresos fué alto. Todos los enfermos en esta investigación fueron seguidos por un período promedio de 3½ años desde el ingreso. El número de reingresos fué cuando menos del 33 por ciento para las esquizofrenias, 30 por ciento para las psicosis maniaco-depresivas y 28 por ciento para las psicosis seniles. Las personas que no fueron readmitidas, después de cuatro años de haber ingresado, sumaban aproximadamente el 21 por ciento para las esquizofrenias, el 24 por ciento para las psicosis maniaco-depresivas y el 6 por ciento para las psicosis seniles. Estas cifras no indican buen pronóstico para ninguno de los grupos principales de desórdenes psicóticos. (Las cifras exactas para las diversas variedades de enfermos deben verse en las numerosas tablas del trabajo).

El promedio de estada en los hospitales, en enfermos en los cuales fue posible seguirlos durante cinco años, indican cifras elevadas para las psicosis seniles (127 semanas), esquizofrenia (140 semanas) y psicosis maniaco-depresivas (74 semanas).

Por otra parte, los desórdenes mentales tratados en hospitales psiquiátricos mostraron elevados riesgos de mortalidad. La mortalidad en esta muestra fue mucho mayor que la de la población general de Londres. Durante los 3½ primeros años de estada en hospitales psiquiátricos, la mortalidad de los hombres fue 9 veces, y la de las mujeres 6 veces mayor, que la mortalidad general de la capital británica. En el primer año de vida hospitalaria la mortalidad fué aún mayor, 13 veces más grande en los hombres y 8 veces mayor en las mujeres, en relación a la mortalidad general. Estos hallazgos indican que, aún en una era de gran actividad terapéutica, el porvenir de un paciente admitido al hospital psiquiátrico es poco prometedor. Aunque los notables avances terapéuticos de los últimos años pueden beneficiar grandemente a pacientes individuales, la situación pronóstica general ha cambiado poco

desde que Kraepelin expresó sus ideas a este respecto. Es evidente que el porvenir del enfermo psicótico, revelado en esta pesquisa, no confirma los postulados que algunas veces se publica relacionándolos con los modernos metodos de tratamiento. Señala más bien que se necesitan mayores investigaciones para mejorar realmente el estado de cosas actual.

Para el estadígrafo y el psicólogo este libro expone, con minuciosidad y elegancia, el método de trabajo empleado y las fórmulas matemáticas usadas en la elaboración de los datos y control de resultados. Esta monografía hará historia en los estudios de morbilidad psiquiátrica. El Instituto de Psiquiatría de Londres puede estar orgulloso de haber podido producir un trabajo de esta calidad, impreso en forma tan moderna, precisa y atrayente.

**Raúl Jerí**

**ESTUDIOS DE PSICOLOGIA CRIMINAL** por **Hans Von Hentig**, cuatro volúmenes en octavo (15 x 23 cms.), encuadernados en rústica; Vol. I Hurto-Robo con fuerza en las cosas — Robo con violencia e intimidación, pp. 201, 1960; Vol. II El Asesinato, pp. 296, 1960; Vol. III La Estafa, pp. 240, 1960; Vol IV El Chantaje, pp. 326, 1961; editorial Espasa Calpe. S. A., Madrid.

Hans Von Hentig se doctoró en leyes, en la Universidad de Berlín, en 1912 y en el mismo año inició esudios de medicina. Discípulo de Emil Kraepelin, en Munich, dedicose desde la juventud a investigaciones histórico-psicológicas, publicando "Robespierre. Estudios sobre la psicopatología del poder (1924)"; "Sobre la locura de los Césares, la enfermedad del emperador Tiberio (1924)", "Maquiavelo. Estudios sobre la psicología del golpe de Estado y la fundación del Estado (1924)". Posteriormente comenzó a interesarse por la criminalística y en 1925, con Theodor Viernstein, publicó el trabajo "Investigaciones sobre el incesto". En 1930 fue nombrado profesor ordinario en la Universidad de Kiel y en 1932 dió a luz la obra que contiene su profesión de fe criminológica "La pena. Origen, fin, psicología". Poco después se le eligió Decano de la Facultad de Derecho, luego fue trasladado a Bonn y finalmente por razones políticas, llegó a ser separado de la enseñanza en 1935. Se trasladó entonces a los Estados Unidos de Norteamérica, donde trabajó sucesivamente en la Universidad de Yale, el Departamento de Justicia de Washington y las Universidades de Berkeley, Iowa y Kansas City. Posteriormente llegó a ser Director de la Encuesta Criminológica de Colorado, donde realizó importantes investigaciones en las prisiones, publicando "El Procurador General (1939)", "Crimen, causas y condiciones (1947)" y "El criminal y su víctima (1948)".

En 1951 volvió a Alemania y reingresó a la docencia, llegando a alcanzar nuevamente la máxima distinción académica: Decano de la Facultad de Derecho de la Universidad de Bonn. Se jubiló definitivamente en 1955 pero continuó trabajando y escribiendo, de manera particular, editando nuevos estudios criminológicos: "El aventurero. Una contribución a la psicología del hombre regresivo (1956)", Problemas de la absolución en el asesinato (1959)", "Del origen de la última comida del condenado a muerte (1958)" y "La criminalidad de la Mujer Lésbica (1959)".

Los trabajos que forman la tetralogía comentada en esta nota se publicaron en Alemania entre 1954 y 1959. El autor apuntaba que, "a diferencia de lo que ocurre con las teorías generales de la criminología, se ha descuidado el estudio de las distintas especies delictivas... El presente trabajo intenta calmar tal laguna mediante las investigaciones más recientes, las experiencias norteamericanas y reflexiones propias". Terminaba diciendo que si le alcanzara el tiempo trataría de proseguir "estas pequeñas monografías". Paciente y concienzudamente llegó a escribir más 1000 páginas sobre los temas en cuestión.

En un comentario general es imposible extenderse, suficientemente, sobre los problemas, características y detalles de una obra tan vasta. Me limitaré por tanto a dar sólo unos cuantos datos acerca del trabajo. El primer volumen está dedicado a las diversas variedades del robo. Von Hentig define las diversas formas del acto criminoso y luego analiza exhaustivamente todos sus aspectos: extensión, hechos visibles, zona negra, motivos especiales y estados patológicos, delincuentes, botín, víctimas, asociación de criminales, estadística, ganancias, resultados de las investigaciones, etc. Ilustra los principios generales con ejemplos, tomados de su experiencia personal o de la literatura. La magnitud del problema es tan grande que el escritor no puede detenerse demasiado en cualquier tópico. El estilo es breve, claro, y exacto, señalando los hechos y las incógnitas, y menos ambicioso en cuanto a hipótesis o conclusiones. El trabajo enfoca todos los aspectos: legales, investigatorios, médico-forenses, económicos, culturales,, sociales, antropológicos y psicológicos. El psiquiatra no encontrará énfasis en los aspectos psicopatológicos ni en las interpretaciones psicodinámicas. Von Hentig presenta hechos y datos, dejando mucha labor para el lector analítico.

El segundo volumen estudia, de la misma manera sistemática el asesinato, tratando de hacer "una exposición científica del conjunto". Pasa revista entonces a la problemática, el asesino conocido y el desconocido, el hecho, el autor, el proceso mental del asesinato, rastros y vías de evasión del asesino, autores colectivos y la víctima. Este es problamente el volumen más fascinante para el médico psiquiatra, pues contiene una riqueza extraordinaria de observaciones, aún cuando no se basa más que en el estudio de 150 casos de asesinato de interés criminológico, enumerados en las últimas páginas.

El tercer volumen cubre la estafa. El interés psicológico de esta forma de delito es muy considerable y el análisis de Von Hentig lo va demostrando así desde las primeras páginas, donde cubre la estadística, los elementos objetivos del engaño, los rasgos y máscaras del estafador y las características de la víctima.

Termina la obra con el volumen sobre el chantaje. El problema es descrito bajo aspectos culturales, técnicos, nosológicos y psicológicos. Pocas veces se ha presentado esta modalidad del crimen en una forma tan completa.

Si bien como psiquiatras quizás nos hubiera agradado que los casos hubieran sido descritos de manera más detallada, y en una sola sección de cada libro, comentándolos extensivamente desde los puntos de vista del psicopatólogo y del psicoanalista, no puedo dejar de reconocer que este es un trabajo excelente, y que contiene una riqueza de información insospechada. Quizás ese sea el mayor de sus méritos: presentar los datos en forma tal que permita posteriores investigaciones sobre numerosísimos aspectos y ofrecer interpretaciones cuando el psiquiatra haya podido examinar, exhaustivamente, a los criminales y a sus víctimas. A pesar de aceptarse este desideratum hoy en casi todos los países del mundo, todavía los especialistas en medicina psicológica tropezamos con gran variedad de dificultades, para poder avanzar en el conocimiento, lleno de fascinación, de la mente del criminal y de las características psicológicas de sus víctimas.

**Raúl Jerí**

# INDICE DE TEMAS



# INDICE DE AUTORES

**Tofranil® Geigy**

# Timoléptico
# Disipa
# la depresión

J. R. Geigy S.A., Basilea (Suiza)
Departamento farmacéutico



Representación en el Perú:
Arnold Dünner S.A., Casilla 3987
Lima

087 Peru 5

REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

VOLUMEN 4 NUMERO 1-4 1961

TRABAJOS ORGINALES

PAG



43134-Imp. Americana — Lima-Perú